

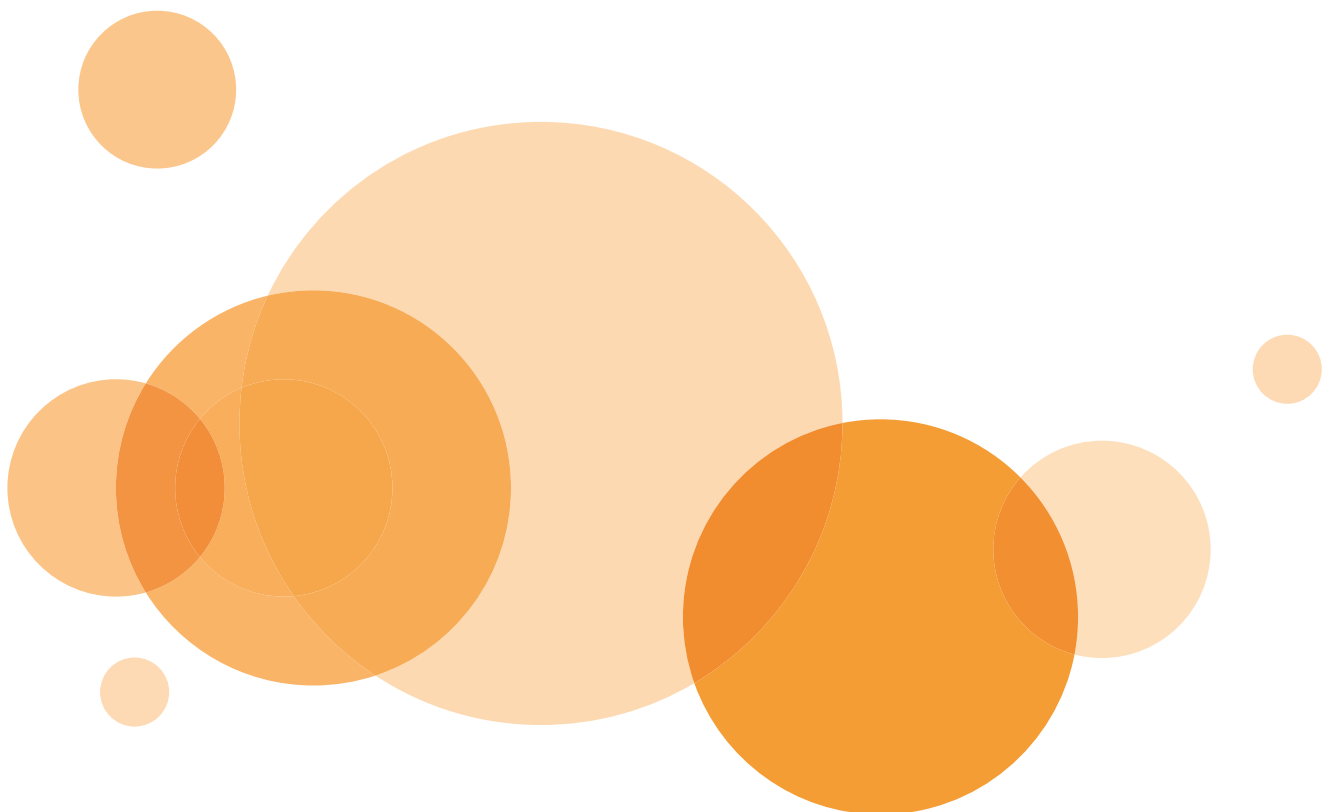


Helse- og omsorgsdepartementet

Særtrykk til
Prop. 1 S (2016–2017)

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

(2017–2019)



Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

(2017–2019)

Sammendrag

I tråd med regjeringserklæringen fremmer regjeringen Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Habilitering og rehabilitering er et viktig satsingsområde for regjeringen. Planen ble varslet i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenestenerhet og helhet (Primærhelsetjenestemeldingen).

Opptappingsplanen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Planen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid overtar flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det er i kommunen livet leves; i bo- og nærmiljø, barnehage, skole, fritidsarenaer og på arbeidsplassen. Opptappingsplanen skal bidra til at brukerne kan motta gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester der de bor. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene. For å få til dette er det nødvendig med endringer i arbeidsformer og kompetanse.

Mange har eller vil få behov for rehabilitering i løpet av livet. Rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre den enkeltes deltakelse i samfunnet. Det blir flere eldre og flere som lever med kronisk sykdom. Den medisinske utviklingen gjør at flere reddes etter ulykker og store traumer. Flere lever i egen bolig og må mestre livet med funksjonsnedsettelse.

Opptappingsplanen må sees i sammenheng med flere andre meldinger og planer fra regjeringen. Gjennom kommunereformen vil regjeringen skape sterke velferdskommuner med økt kapasitet og kompetanse til å ivareta sitt ansvar. Sterke velferdskommuner er en forutsetning for at flere oppgaver skal kunne ivaretas i kommunene. Dette er nærmere omtalt i Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Visjonen ligger til grunn for all politikk og alle meldinger fra regjeringen. Pasientens helsetjeneste innebærer at pasienten får delta aktivt i rehabiliteringen, og mestrer livet med de helseutfordringer han eller hun har.

Brukermedvirkning er et viktig mål for regjeringen. Dessverre viser tilbakemeldingene fra brukere og deres organisasjoner at brukermedvirkningen fortsatt er mangelfull i tjenestene. Det svikter i involveringen av den enkelte i beslutninger om eget liv. Det svikter også i involvering av brukerrepresentanter på systemnivå. I tillegg ligger det en ubrukt ressurs i å gjøre brukerorganisasjonenes tilbud kjent for alle som kan ha glede av dem, og i å samarbeide med brukerorganisasjonene om å utvikle nye tilbud. Særlig sårbare er barn og unge i overgangen fra barn til ungdom og unge voksne. Ofte er det foreldre, foresatte eller andre voksne som uttaler seg når tjenester til barn og unge skal utvikles og evalueres. En tjeneste som lytter til og møter ungdom der de er, er grunnleggende for å gi ungdom med alvorlig sykdom og/eller funksjonsevne mestring i overgangen til voksenlivet. Utsatt er også brukere med begynnende demens eller kognitiv svikt, som også skal ha mulighet for medvirkning.

For mange brukere er rehabilitering en livslang prosess. De vil oppleve funksjonsbedringer og forverringer som gjør det nødvendig med habilitering og rehabilitering gjennom hele livsløpet.

Derfor vil regjeringen endre definisjonen i forskriften, som i dag beskriver rehabilitering som tidsavgrensede prosesser.

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for at pasienter og brukere får nødvendig rehabilitering. Behovet for spesialisert kompetanse vil være avgjørende for om rehabiliteringen skal foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Som hovedregel bør tilbud til store pasient- og brukergrupper utvikles i kommunene. Mange vil i perioder ha behov for tjenester på begge nivåer. Godt samarbeid på tvers av tjenestenivåer er en forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud. Spesielt sårbar er overgangen fra opphold i spesialisthelsetjenesten til egen kommune, hvor behov for videre rehabilitering må fanges opp og ivaretas.

En forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene. Det gjelder internt i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Derfor vil et godt kommunalt tilbud og et godt tilbud for brukerne ikke bare kreve større kapasitet, men fremfor alt endrede arbeidsformer og innretning av tilbudet både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for større faglig bredde og bred kompetanse på et høyere faglig nivå hos tjenesteyterne i kommunene. Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet.

Budskapet i planen er at det må jobbes annerledes enn i dag. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til egenmestring. Manglende systematikk i kommunal tverrfaglig kartlegging rammer mange brukergrupper. Når brukere ikke fanges opp i tide, øker risikoen for dårligere egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått. Brukere må involveres, og de må få tilstrekkelig hjelp til å leve med og mestre sykdom. Ved å komme tidligere til og ved bedre oppfølging vil brukerne få bedre liv og penger spares.

Fortsatt er det mangler i tjenestetilbudet. I noen kommuner mangler tilgang til fagkunnskap og enkelttjenester som skal bistå brukeren. Mange kommuner har fortsatt ikke ergoterapi-kompetanse, samtidig som ventetiden hos fysioterapeuter kan være lang. Tilbud om kognitiv habilitering/rehabilitering og logopedi er eksempler på tjenester som ofte mangler.

Ved utvikling av tjenestene må det tenkes i form av forløp, informasjon må deles mellom tjenestetilbyderne for at forløpene skal henge sammen, og hull i tilbudet og dermed i forløpene må tettes. Det er behov for mer teambaserte tjenester og mer systematikk i oppfølgingen, slik det er beskrevet i primærhelsetjenestemeldingen. En faglig omlegging med større vekt på aktiv omsorg, egenmestring og hverdagsrehabilitering står sentralt i regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2015-2020. Folkehelsemeldingen varsler bl.a. at det framover skal legges mer vekt på å tilrettelegge for fysisk aktivitet i primær- og sekundærforebygging, behandling og rehabilitering, og påpeker også behov for bedre oppfølging på ernæringsområdet. Nasjonal helse- og sykehusplan peker på nødvendigheten av at sykehusene jobber sammen som team, og sikrer at pasientene får et samlet tilbud nær der de bor. Stortingsmeldingen Én innbygger - én journal viser retningen og definerer de overordnede målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Relevante dokumenter er også *Regjeringens handlingsplan for universell utforming*, *Regjeringens strategi for ungdomshelse*, *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet*, som tydeliggjør at arbeidskraften er samfunnets viktigste ressurs,

og at det er behov for en aktiv arbeids- og velferdspolitik med sikte på at flest mulig skal kunne delta i arbeidslivet. Det betyr at mange viktige tiltak ligger i tidligere meldinger fra regjeringen. I tillegg fremmes flere særlige tiltak i denne planen:

Det foreslås 200 millioner kroner i statlige stimuleringsmidler til planen for 2017. Av disse foreslås 100 millioner kroner som øremerket tilskudd for å stimulere kommunene til tjenesteutvikling. Det foreslås at fylkesmennene skal forvalte det øremerkede tilskuddet. Med sin nærhet og kjennskap til kommunene har de et godt utgangspunkt for å vurdere søknader og følge opp kommunene med råd og veiledning. Det foreslås å tildele 4 millioner kroner til fylkesmennene til dette arbeidet. 100 millioner kroner av økningen i kommunerammen for 2017 er begrunnet i opptrappingsplanen og skal bidra til at kommunene styrker kapasiteten og kompetansen og utvikler disse tjenesteområdene. Stimuleringsmidler til planen foreslås økt til 300 millioner kroner innen 2019.

Regjeringen ønsker å prøve ut nye modeller for bedre behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Pasienter med Parkinsons sykdom er en slik gruppe. Gruppen består av ca. 8000 pasienter i Norge. Gruppen har behov for bred tverrfaglig tilnærming over lengre tid. En modell for tverrfaglig samarbeid er ParkinsonNet. Modellen er utviklet og benyttet i Nederland med godt resultat. Regjeringen foreslår et pilotprosjekt i Norge for å prøve ut en tilsvarende modell. Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser skal drive prosjektet i samarbeid med Norges Parkinsonforbund. Prosjektet er tenkt gjennomført i to helseforetak i samarbeid med nærliggende kommuner. Regjeringen foreslår å bevilge 5 millioner kroner til prosjektet.

Det skal bli lettere å få tilgang til logoped i kommunen. For mange brukere er det nødvendig å komme raskt i gang med oppfølging hos logoped. Derfor foreslår regjeringen å oppheve kravet om at det må foreligge et avslag fra kommunen om tildeling av spesialpedagogiske tjenester, før folketrygden kan dekke kostnadene til behandlingen. Videre foreslås det å myke opp kravet om forhåndsgodkjenning fra Helfo før oppstart av behandling. Fra 1. januar 2017 vil det ikke være et krav om forhåndsgodkjenning for pasienter over 18 år. I tillegg vil regjeringen starte et arbeid med å utrede rammebetingelsene for logopedtjenester i kommunene. Formålet med arbeidet er å tydeliggjøre og styrke ansvaret kommunen har for logopedtjenester.

Enkelte brukere som lever med kroniske muskel- og skjelettplager, har god nytte av behandling hos kiropraktor. Regjeringen foreslår derfor å oppheve antallsbegrensingen på 14 behandlinger med refusjon fra trygden.

Det foreslås å videreføre 5 millioner kroner til Askim-prosjektet, et innovativt rehabiliteringsprosjekt i indre Østfold. Prosjektet har som formål å utvikle sammenhengende og helhetlige forløp i samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet.

Mange barn og unge med ervervet hjerneskade får i dag ikke et sammenhengende behandlings- og rehabiliteringsforløp tilpasset sitt behov. Det er stor variasjon i tilbudet. Derfor er det foreslått satt av 13,7 millioner kroner til å forbedre tilbudet til barn og unge med hjerneskade gjennom et nasjonalt prosjekt som vurderer behandlingsforløpet og foreslår tiltak for å sikre faglig kvalitet i alle ledd av kjeden.

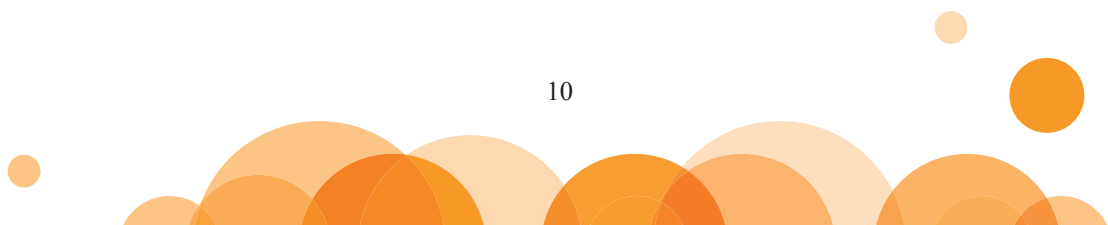
Kommunene etterspør veiledning fra spesialisthelsetjenesten for enkelte pasientgrupper. Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten kan bidra til å gi kommunene tilgang til den kompetansen de trenger for å sikre at pasienter kan bo hjemme og mestre livet med sykdom. Regjeringen vil derfor legge til rette for mer ambulant virksomhet og mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Endringen vil bli påpekt gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene.

Regjeringen forslår fra 2017 å overføre 57 millioner kroner fra Raskere tilbake-ordningen i Arbeids- og sosialdepartementets budsjett til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Midlene skal målrettes mot arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i opptrappingsplanen for å understøtte regjeringens mål om å styrke arbeidsrettet rehabilitering.

Mange kommuner mangler rett kompetanse for å kunne tilby brukerne et kvalitativt godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Regjeringen mener at visse kompetansekrav er så grunnleggende for å kunne yte nødvendig og forsvarlige tjenester at disse bør gå frem direkte i lov. Derfor har Helse- og omsorgsdepartementet i høringsnotat av 6. juni 2016 om oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen foreslått at det i helse- og omsorgstjenesteloven lovfestes de profesjoner som representerer kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha knyttet til seg. Det er videre i kompetanseløft 2020 satt i verk flere tiltak som skal bidra til å øke kompetansen i tjenestene generelt og innenfor habilitering og rehabilitering spesielt.

Innhold

1 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)	11
1.1 Hva sier brukerne?	12
1.2 Hva er habilitering og rehabilitering?	13
2 Mål	14
3 Dagens situasjon	16
3.1 Utviklingstrekk	18
3.2 Brukermedvirkning	19
3.3 Tilbudet i kommunene	20
3.4 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	22
3.5 Samhandling	25
4 Strategier og tiltak	27
4.1 Involvering og deltakelse – hva er viktig for deg?	27
4.2 Helhetlig pasientforløp – nye løsninger og arbeidsformer	30
4.3 Kapasitet	44
4.4 Kompetanse, fagutvikling og forskning	47
4.5 Arbeid og helse	53



1 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)

Regjeringen fremmer med dette en opptappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det foreslås 200 mill. kroner i statlige stimuleringsmidler til opptappingsplanen i 2017. 100 mill. kroner foreslås som et øremerket tilskudd og i tillegg er 100 mill. kroner av økning i kommunerammen for 2017 begrunnet i opptappingsplanen. Stimuleringsmidlene til planen foreslås økt til 300 mill. kroner innen 2019.

Planen gir oversikt over hovedutfordringene på feltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse utfordringene. Opptappingsplanen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud til sine innbyggere og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Planen skal samtidig sikre god ivaretagelse av eksisterende tilbud i spesialisthelsetjenesten. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten, samhandlingen og koordineringen mellom nivåene og innenfor disse. For å få til dette er det nødvendig med endringer i arbeidsformer og kompetanse.

Regjeringsplattformen slår fast at regjeringen vil lage en opptappingsplan for rehabiliteringsfeltet og hindre nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene. Opptappingsplanen er ett av flere tiltak for å skape pasientens helsetjeneste og sikre befolkningen gode helse- og omsorgstjenester på riktig nivå.

Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Et viktig element i reformen er at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. Dette er mange steder ikke realisert i tilstrekkelig grad, og ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten oppfattes av flere som uklar.

Opptappingsplanen må sees i sammenheng med andre meldinger og planer fra regjeringen. Gjennom kommunereformen vil regjeringen skape sterke velferdskommuner med økt kapasitet og kompetanse til å ivareta sitt ansvar. Det er en forutsetning for at flere oppgaver skal kunne ivaretas i kommunene. Det vises til høringsnotatet om nye oppgaver til større kommunene Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.

Behovet for å sikre et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud i kommunene ble drøftet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Primærhelsetjenestemeldingen), og feltet er omtalt i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan. En faglig omlegging med større vekt på aktiv omsorg, egenmestring og hverdagsrehabilitering står sentralt i regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020; Omsorg 2020. Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter (Folkehelsemeldingen) varsler bl.a. at det framover skal legges mer vekt på å tilrettelegge for fysisk aktivitet i primær- og sekundærforebygging, behandling og rehabilitering og påpeker også behov for bedre oppfølging på ernæringsområdet.

Relevante dokumenter er også regjeringens handlingsplan for universell utforming, regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021 # Ungdomshelse, Meld. St. 33 (2015–2016) Nav i en ny tid – for arbeid og aktivitet, Flere år – flere muligheter og Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020).

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) inneholder de viktigste grepene for å bedre rehabilitering og oppfølging for personer med alvorlige rus- og psykisk helseutfordringer. Stortinget har, ved behandlingen av dokument 8:43 S (2015–2016), anmodet regjeringen om å utarbeide en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ. Habilitering og rehabilitering av barn og unge med psykiske helseutfordringer vil inngå som en naturlig del av en slik strategi. Opptappingsplanen for rusfeltet og denne strategien vil samlet dekke rehabilitering for brukere med utfordringer knyttet særlig til psykisk helse og rus. Denne opptappingsplanen retter seg derfor i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av somatisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted.

1.1 Hva sier brukerne?

Brukere med behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester er de samme menneskene helse- og omsorgstjenesten møter i sitt arbeid med forebygging, diagnostikk og behandling. Brukernes innspill i arbeidet med Primærhelsetjenestemeldingen (kapittel 2) og Nasjonal helse- og sykehusplan er derfor også relevante for rehabiliteringsfeltet.

Sentrale tilbakemeldinger fra brukerne er at tjenestene oppleves som fragmenterte, at det er i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste at det for ofte svikter, og at det er for lite brukerinvolvering. Mange opplever at de for tidlig blir overlatt til seg selv med ansvar for å koordinere egen oppfølging. Samtidig blir den enkeltes ressurser for lite brukt. Brukerne gir et tydelig signal om at tjenestene må legge mer vekt på det friske, og på hva den enkelte klarer og ønsker, enn på sykdom. Det må etableres flere lokale tilbud om opplæring og mestring. Alle med langvarig sykdom bør også få tilbud om å møte en likeperson. Tjenestene må organiseres slik at den som registrerer begynnende funksjonssvikt, tar ansvar for at dette blir fulgt opp tverrfaglig.

På oppdrag fra Norsk Revmatikerforbund (NRF) gjennomførte Sintef i 2015 et prosjekt om koordinerte og sammenhengende pasientforløp for personer med revmatiske sykdommer og andre muskel- og skjelettplager. Som del av prosjektet har Sintef gjort en brukerkartlegging, som er beskrevet i en egen rapport (Sintef A26271). Et av utsagnene som ble framhevet var:

«Hvis vi ser på oss som gruppe så er ikke rehabilitering det samme for oss som for andre grupper. Vi må se på rehabilitering i et livsløpsperspektiv. Vi blir aldri ferdig.»

Dette peker mot at dagens definisjon, der rehabilitering defineres som tidsavgrensede prosesser, ikke reflekterer behovet til brukere med kroniske sykdommer. Når sykdom ikke kan kureres, eller det forventes en ytterligere funksjonssvikt til tross for trening, oppleves dagens definisjon for snever. Det andre som kommer fram i rapporten, er hullet mellom

spesialisthelsetjenesten og kommunene. Brukerne opplever at de etter et opphold i spesialisthelsetjenesten skrives ut uten oppfølging. Det er ingen til å bistå brukeren i å følge opp det som er avtalt. Brukerne føler at de er overlatt til seg selv, og dette kan i vesentlig grad redusere effekten av tiltakene som er gjort i spesialisthelsetjenesten.

Mange etterspør et tilpasset treningstilbud, dvs. trening under veiledning tilpasset deres funksjonsnivå og diagnose. Ikke alle kan gå på treningsstudio. Trening i varmtvann etterspørres av personer med muskel- og leddsmerter. Selv om trening i sal også har god effekt, er det flere som da dropper ut. Kostveiledning og annen tilrettelagt aktivitet etterspørres også. Det påpekes at alle trenger en startpakke ved nyoppdaget sykdom, dvs. god, tverrfaglig opplæring innledningsvis. Det er behov for tidlig informasjon om tilbudet i kommunen, inkludert tilbud fra pasientorganisasjoner. I dag er det primært de som selv etterspør informasjon, som får dette. Et lærings- og mestringstilbud må ifølge brukerne inkludere hjelp til kognitiv mestring. Smerter, tap av overskudd og annet som kan følge med kronisk sykdom sliter på psyken.

Innspillene til Demensplan 2020 fra personer med demens og deres pårørende, viste at mange ser behovet for bedre tilrettede helse- og omsorgstjenester, flere og mer tilpassede og fleksible aktivitetstilbud og økt støtte og avlastning for pårørende. Mange mente at aktivitetstilbud er noe av det viktigste for å leve et godt liv med demens.

Brukerorganisasjonene opplyser at de gjerne vil bidra med sin ekspertise og sitt tilbud. De opplever imidlertid ofte å stå med lua i hånda og be om å få lov til å bidra, i stedet for at de blir invitert med som en viktig bidragsyter og samarbeidspartner.

1.2 Hva er habilitering og rehabilitering?

I § 3 i forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering, rehabilitering individuell plan og koordinator er habilitering og rehabilitering definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Som det går fram er definisjonen felles for habilitering og rehabilitering. Forskjellene mellom disse to begrepene kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skilles mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet eller har oppstått senere i livet. I det videre brukes ofte bare betegnelsen rehabilitering.

Stortinget ga sin tilslutning til denne definisjonen ved behandlingen av St. Meld. nr. 21 (1998–1999) Ansvar og meistring – Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. Definisjonen er over tid godt akseptert i fagmiljøene og av brukerorganisasjonene. Den vektlegger at en rehabiliteringsprosess er avhengig av tydelige mål og brukerens medvirkning, samtidig som den forutsetter samarbeid mellom flere tjenesteytere og flere instanser. Habilitering og rehabilitering er ingen enkelttjeneste, men en serie tjenester eller

tiltak som er satt i et system. Habilitering og rehabilitering skal i tillegg til helsetilstand og daglig funksjon, også ivareta brukerens sosiale tilværelse (arbeidsliv, skole, fritid mv.).

I forskriften er det understreket at kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke i gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Det kommer ikke fram at det er brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn for å avgjøre innholdet. Det er behov for å tydeliggjøre dette i forskriften.

En annen svakhet ved forskriften er at definisjonen vektlegger at habilitering og rehabilitering er en tidsavgrenset prosess. Det innebærer at brukere som lever med kronisk sykdom, opplever at den ikke passer for dem. De trenger målrettet innsats fra helse- og omsorgstjenesten for å bevare, optimalisere og bedre funksjon over tid, i tillegg til mer intensiv innsats i perioder. For dem vil ofte forebygging, behandling og rehabilitering gli over i hverandre. Dette gjelder f.eks. brukere med kronisk nevrologisk sykdom og revmatisk sykdom.

I denne opptrappingsplanen legger regjeringen til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenesten som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse.

I planen brukes i hovedsak begrepet bruker om pasienter og brukere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester, selv om den enkelte iht. forskriften og øvrig helse- og omsorgstjenestelovgivning ofte også vil være pasient.

2 Mål

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Det innebærer at pasienten er aktivt deltakende i rehabiliteringen, og kan mestre livet med de helseutfordringer pasienten har.

Visjonen om å utvikle pasientenes helsetjeneste forutsetter at brukerne medvirker både på gruppenivå og som enkeltbrukere. Visjonen ligger til grunn for all politikk og alle meldinger fra regjeringen.

Regjeringen ønsker å skape en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får mulighet til å leve et aktivt og mest mulig selvstendig liv til tross for sykdom og funksjonstap. Det innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring i hverdagslivet og på den enkeltes erfaringskompetanse i utviklingen av tjenestene.

Habilitering og rehabilitering bør i størst mulig grad tilbys der livet leves; i hjem, barnehage, skole, fritidsarenaer, bo- og nærmiljø og på arbeidsplassen. Det er derfor et mål at hovedtyngden av innsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. Opptrappingsplanen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt tilrettelagt rehabiliteringstilbud for sine innbyggere og over tid overta et større rehabiliteringsansvar fra spesialisthelsetjenesten.

Den mest avgjørende faktoren for hvorvidt rehabiliteringen skal foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen, er behovet for spesialisert medisinsk faglig kompetanse.

Som hovedregel bør tilbud til store pasient- og brukergrupper utvikles i kommunene. Tilbud til pasienter og brukere med sjeldne og kompliserte tilstander som har behov for spisskompetanse, bør gis i spesialisthelsetjenesten. Mange av brukerne som mottar mesteparten av tjenestene fra kommunen, har også behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. På samme vis har brukere som mottar mesteparten av den medisinske oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten, behov for kommunale tjenester. Et godt samarbeid på tvers av tjenestenivåer er ofte avgjørende for et godt tilbud. Med faglig og teknologisk utvikling kan tjenestenivåenes ansvar og oppgaver endre seg over tid.

Kommunereformen, med et mål om sterke velferdskommuner med økt kapasitet og kompetanse til å ivareta sitt ansvar, er viktig for å realisere ambisjonen om at mer av helse- og omsorgstjenestene skal ytes i kommunene. Men det er ikke bare større kommuner som er nødvendig. I dag er det store variasjoner i tjenestetilbudet kommunene imellom, både i kapasitet og kvalitet i tilbudet. En viktig forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid. Det gjelder internt i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det betyr at et godt kommunalt tilbud og et godt tilbud for brukerne, ikke bare krever større kapasitet, men endrede arbeidsformer og innretning av tilbudet både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for større faglig bredde og bred kompetanse på et høyere faglig nivå hos de enkelte tjenesteyterne i kommunene. Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet.

Som beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen er det behov for personell som har breddekompetanse på et høyere nivå enn i dag. Dagens siloorganiserte tilbud må utvikles i retning av en mer teambasert og tverrfaglig tjeneste, og de faglige ressursene må brukes mer målrettet gjennom en strukturert oppfølging og planlegging. Dette krever god ledelse. I tillegg må tjenestene gå fra å jobbe reaktivt til å bli mer proaktive. Behovet for rehabilitering i form av en mer intensiv innsats må vurderes oftere for personer med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, for å forebygge ytterligere funksjonsfall, optimalisere funksjon og bedre mestringsevnen. Det må da finnes et tilbud som svarer til behovet. Kommunene trenger også en godt fungerende koordinerende enhet. Denne må ha oversikt over alle tjenester og være kommunens rehabiliteringsfaglige tyngdepunkt, som samarbeider nært med alle aktuelle tjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner og andre sektorer utenfor helse- og omsorgstjenestene. For å få til omstilling i arbeidsformer og samhandling, er det behov for å ta i bruk nye IKT- og velferdsteknologiske muligheter.

I Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner (Oppgavemeldingen), varslet regjeringen en oppgaveoverføring på rehabiliteringsfeltet fra spesialisthelsetjenesten til større kommuner. Dette er også omtalt i Primærhelsetjenestemeldingen, hvor det redegjøres for flere fordeler med å samle en større del av rehabiliteringsansvaret i kommunene. Kommunal- og moderniseringsdepartementets høringsnotat av 1. juni 2016 om nye oppgaver til større kommuner, konkluderer med at det i dag ikke er grunnlag for å foreta en formell ansvarsoverføring av spesialisert rehabilitering til kommunene, ettersom ikke alle kommunene har tilstrekkelig rehabiliteringskapasitet og -

kompetanse. En overføring skal ikke medføre dårligere tilbud for pasienter og brukere enn det som i dag tilbys i spesialisthelsetjenesten. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er det behov for noe mer tid og tiltak før alle kommuner kan bli i stand til å overta nye rehabiliteringsoppgaver.

I høringsnotatet legges det til grunn at det finnes diagnosegrupper eller pasientgrupper hvor kommunen bør ha hovedansvar for rehabiliteringen, ansvar for en større del av pasientforløpet eller ansvar for rehabilitering av flere pasienter innenfor diagnose- eller pasientgruppen. Dette gjelder selv om det fortsatt vil være nødvendig at spesialisthelsetjenesten ofte bidrar i starten av rehabiliteringen eller når medisinske endringer krever revurdering av rehabiliteringstilbudet eller mer spesialisert innsats. Basert på tidligere utredninger fra Helsedirektoratet, er det i høringsnotatet vist til følgende diagnose- eller pasientgrupper som eksempler på grupper hvor kommunene bør ha hovedansvar for rehabiliteringen: pasienter som har fått innsatt protese i hoften, pasienter med enklere bruddskader og andre mindre former for ortopediske inngrep, pasienter med lårhalsbrudd og andre enklere bruddskader, pasienter med muskel- og skjelettsykdommer, herunder pasienter med langvarige smerter i rygg, skulder og armer, pasienter med sykkelig overvekt, pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og pasienter med diabetes, kreft og rehabilitering i senere fase av hjerte- og karsykdommer. Kompleksiteten for de opplistede pasientgruppene er normalt ikke større enn at kommunen bør kunne ha fullverdig kompetanse og mulighet til å sørge for tilstrekkelig intensitet i behandlingen

3 Dagens situasjon

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for at pasienter og brukere får nødvendig rehabilitering. Ansvaret følger av henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Tjenestenivåenes ansvar konkretiseres og utdypes i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Rehabilitering i kommunene skjer både i og utenfor institusjon. Rehabilitering i institusjon kan skje som døgntilbud i definerte korttids institusjonsplasser, de fleste lokalisert til sykehjem med varierende grad av flerfaglig personell og tverrfaglig samarbeid. Noen kommuner har dagtilbud med tilbud om rehabilitering, ofte knyttet til et sykehjem med dagsenter. Noen store kommuner har etablert egne rehabiliteringssentre med både døgntilbud og dagtilbud (f.eks. Oslo, Bodø og Larvik) eller i egne helsehus (f.eks. Trondheim). Habilitering og rehabilitering utenfor institusjon kan skje som tverrfaglig tilbud i hjemmet med målrettet oppfølging fra ulike faggrupper. Det vil være varierende grad av flerfaglig personell, men særlig fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og sykepleiere vil ofte være representert sammen med øvrige hjemmetjenester. Enkelte kommuner har egne rehabiliteringsteam. I noen kommuner kan det være et nært samarbeid med kommunens frisklivs- og mestringstilbud i en overgangsfase.

Kommunene er i likhet med de regionale helseforetakene pålagt å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre et helhetlig rehabiliteringstilbud. Koordinerende enhet skal ha overordnet

ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten skal motta melding om behov for individuell plan og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet med individuell plan. Koordinerende enhet angis også som en adresse for å melde om mulige behov for habilitering og rehabilitering internt i kommunen. Det anbefales at koordinerende enhet bidrar til samhandling og koordinering med andre fagområder og er pådriver for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer. Det er derfor nødvendig at koordinerende enhet har god kjennskap til andre samarbeidende instanser og aktører utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten som kan være nyttige bidragsyttere i en rehabiliteringsprosess. I følge Samhandlingsstatistikk 2014–2015 fra Helsedirektoratet hadde 90 pst. av kommunene etablert en slik enhet i 2015.

Kommunene har plikt til å bidra til at mennesker som er helt avhengig av hjelp fra kommunen i sitt daglige liv, får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, i tråd med formålsbestemmelsen i sosialtjenestelovens § 1-1. Eldre med alvorlig sykdom og uførhet er den største gruppen dette gjelder, men også yngre funksjonshemmede og utviklingshemmede er grupper som ofte er avhengig av omfattende tiltak fra kommunens side. I forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten er det presisert at tjenestene skal dekke grunnleggende behov, bl.a. gjennom tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Det kan være både fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter. Dette forutsetter at brukere og fagfolk går sammen for å skape en helse- og omsorgstjeneste som er faglig sterk med bred og tverrfaglig kompetanse, og som lytter til brukernes egne mål og ønsker.

Kommunene har med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven også ansvar for formidling av hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av brukerens samlede behov. Formidlings- og tilretteleggingsansvaret omfatter både hjelpemidler og ergonomiske tiltak som er finansiert av folketrygden ved vesentlige og varige behov (over to år), og hjelpemidler ved midlertidige behov (under to år) som er et kommunalt ansvar. Kommunen kan ved behov be om bistand fra hjelpemiddelcentralen eller andre relevante instanser. Kommunen har også ansvar for å evaluere brukernytte og gjennomføre nødvendig justering mht. dette. Kommunens ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging gjelder uavhengig av livsarena, dvs. om hjelpemiddelbehovet er i hjemmet/nærmiljø, skole, fritid mv.

Kommunen har finansieringsansvar for pedagogiske hjelpemidler (læremidler) i barnehage og grunnskole og for utredning, formidling, opplæring og oppfølging av hjelpemidler i undervisningen. De har også et økonomisk ansvar for hjelpemidler til brukere som er innlagt i kommunale institusjoner, med unntak av hjelpemidler for forflytning og hjelpemidler som skal avhjelpe syns- og hørselsproblemer.

De regionale helseforetakene skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonell som er ansatt i helseinstitusjoner under spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Veiledningsplikten innebærer å bistå kommunene slik at de skal

kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift, og innebærer bl.a. å sørge for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter, samt råd og veiledning til ansatte i kommunen.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt røkter ikke ved kommunens ansvar for å sikre forsvarlige tjenester. Kommunen skal selv sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven har tjenestenivåene også plikt til å utarbeide samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, hvor bl.a. habilitering og rehabilitering skal beskrives. Formålet med samarbeidet er at pasienter og brukere kan motta helhetlige tilbud. Avtalene er et viktig virkemiddel for å avklare ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene.

3.1 Utviklingstrekk

De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Samtidig har befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester endret seg. Befolkningen vokser i antall, og det blir flere eldre. Flere overlever alvorlig sykdom, og flere får kroniske, livsstilsrelaterte sykdommer. Mange lever derfor lenge med sykdom og redusert funksjonsnivå eller sansetap av ulik grad. En stor andel av disse har flere sykdommer og funksjonsnedsettelse samtidig.

Samhandlingsreformen har medført raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Mange brukergrupper med behov for rehabilitering er i dag i kontakt med spesialisthelsetjenesten bare i korte perioder, mens hoveddelen av oppfølgingen skjer i kommunene. Dette er en ønsket utvikling. Det er i kommunene brukerne skal leve og mestre dagliglivet.

Helse- og omsorgstjenestene dekker hele livsløpet. De ivaretar brukere og pasienter i alle aldersgrupper med svært ulike behov og et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelse og utfordringer. I de siste tiårene er tallet på brukere under 67 år som mottar omsorgstjenester nesten tredoblet og utgjør snart 40 pst. av alle. Det er færre av de yngste eldre mellom 67 og 79 år som bruker tjenestene, mens antallet brukere som er 80 år eller eldre har holdt seg stabilt, til tross for at eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen. Andelen yngre mennesker som trenger kommunale omsorgstjenester har vært jevnt økende.

Disse endringene stiller nye krav til helse- og omsorgstjenesten og skaper behov for omstilling og tjenesteutvikling. Mange brukere trenger tilbud for å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse, og en koordinert og langvarig oppfølging for å bevare best mulig funksjon og livskvalitet i tråd med egne mål. Mer enn før trengs et mangfold av tjenestetilbud, faglige tilnærminger og boformer, der den enkeltes individuelle behov avgjør tilbudet. Det er behov for en mer proaktiv tilnærming fra tjenestene, mer samarbeid og mer systematikk i oppfølgingen. I stedet for å gi kompensierende tjenestetilbud etter hvert som funksjonsevnen svekkes, bør rehabiliteringspotensialet utredes tidlig med sikte på tverrfaglig innsats for å gjenvinne funksjonsevne, hindre ytterligere funksjonstap og for å

mestre hverdagslivet. Spesialisert rehabilitering i form av intensive treningsopphold i spesialisthelsetjenesten vil fortsatt være aktuelt for enkeltbrukere, men kommunene må være i stand til å ivareta den daglige tilretteleggingen og rehabiliteringen som kreves for at innbyggerne skal kunne leve selvstendige liv og mestre hverdagen. Den kommunale rehabiliteringen må inkludere mulighet for en mer intensiv innsats i perioder for å forbedre funksjonen og forebygge videre funksjonsfall og dermed utsette behovet for andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

Utfordringene i dagens tilbud er knyttet til:

- Svikt i brukermedvirkning: Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.
- Svikt i samhandling og koordinering enten internt på samme nivå eller mellom nivåene: Enkelttjenester henger ikke sammen som en helhet for brukeren. Dette gjelder både undersøkelse og kartlegging og de oppfølgende tiltakene.
- Svikt i kapasitet: Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid.
- Svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering: Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder.

I det følgende beskrives utfordringene nærmere under overskriftene brukermedvirkning, tilbudet i kommunene, tilbudet i spesialisthelsetjenesten og samhandling.

3.2 Brukermedvirkning

Rehabilitering har til formål å bidra til at pasienten og brukere kan oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og sosial deltakelse. Dette forutsetter et samlet tilbud som legger brukerens mål for eget liv til grunn. I tillegg forutsetter det at innbyggeren selv, ev. i samarbeid med sine pårørende, har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å ivareta egen behandling og oppfølging for å ivareta egen helse og mestre livet.

Kommunene har en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunenes helse- og omsorgstjeneste jf. helse- og omsorgstjeneste loven § 3-10. Kommunene skal også sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Til tross for at brukermedvirkning har vært en målsetting gjennom mange år, er dette i ulik grad implementert i tjenestene. Tilbakemeldingene fra brukere og deres organisasjoner underbygger dette. Det svikter i involveringen av den enkelte i beslutninger om eget liv. Det svikter også i involvering av brukerrepresentanter på systemnivå. I tillegg ligger det en stor ubrukt ressurs i å gjøre de ulike organisasjonenes eksisterende tilbud kjent for alle som kan ha glede av dem og i å samarbeide med brukerorganisasjonene om å utvikle nye tilbud.

I den nylig framlagte ungdomshelsestrategien, #Ungdomshelse, pekes det på at barn og unges stemme ofte ikke kommer godt nok fram når tjenestene skal utformes, eller at de opplever å ikke bli tatt på alvor. Barn og unges egne erfaringer og synspunkter må stå

sentralt i å utvikle og gjennomføre gode tjenester til denne gruppen. Ofte er det foreldre, foresatte eller andre voksne som uttaler seg, når tjenester til barn og unge skal utvikles og evalueres. I overgangen mellom barn og voksen må ungdom få nødvendig informasjon og veiledning til å lære seg å selv ta ansvar for egen helse og ta riktige helsevalg. Mange unge med funksjonshemninger, kronisk og/eller langvarig sykdom håndterer sykdom og behandling godt, men det er ikke uvanlig at håndtering av slik sykdom eller funksjonshemming er dårligere i ungdomstiden enn i barneårene. En tjeneste som lytter til og møter ungdom der de er, er derfor grunnleggende viktig for å ivareta og fremme god helse blant barn og unge og for å gi ungdom med alvorlig sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne, mestring i overgangen til voksenlivet.

I Demensplan 2020 kommer det fram at mange brukere opplever manglende mulighet til å bestemme over eget liv og at beslutninger tas uten at de er tilstrekkelig involvert. Også brukere med begynnende demens eller kognitiv svikt har rett til og behov for å medvirke og ha kontroll i eget liv, samt at valg blir tatt i tråd med deres verdier og preferanser.

3.3 Tilbudet i kommunene

Ved behandling av St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, pekte en samlet helse- og omsorgskomite på at rehabilitering er et område som ikke har blitt tilstrekkelig prioritert. Representantene fra Krf, Høyre og Frp påpekte at en forutsetning for å lykkes med reformen var at feltet ble styrket gjennom en opptrappingsplan. Det er for stor variasjon mellom kommunene, og i flere kommuner er kapasiteten og kompetansen i deler av tjenestene for liten. Behandlingsforløpene henger ikke godt nok sammen. Det er for dårlig kommunikasjon internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, og ikke minst for lite samarbeid på tvers av nivåene. Mange venter for lenge på tilbud i kommunen etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten.

Kapasitet og kompetanse

Kapasiteten i mange av deltjenestene er for dårlig, og mange kommuner mangler deler av basiskompetansen for å gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud. I flere kommuner er det f.eks. lang ventetid på vurdering og behandling hos fysioterapeut uten at dette er medisinsk begrunnet. Mange kommuner mangler ergoterapeut, og flere mangler pedagogiske tjenester. Mange steder er tilbudet til brukere med kognitive vansker mangelfullt. Logopeditjenester, sansemotorisk trening og ernæringskompetanse er viktige funksjoner som mangler i mange kommuner. Tilbud til hørselshemmede og svaksynte er lite tilgjengelig. Treningstilbud som varmtvannsbasseng er bare tilgjengelig i enkelte kommuner og ofte med begrenset åpningstid. Halvparten av kommunene har ikke frisklivstilbud, og der dette finnes er det ofte lavt bemannet. Enda færre kommuner har et godt lærings- og mestringstilbud.

Mange brukere opplever derfor lang ventetid og brudd i forløpene. Når kapasiteten eller utvalget av tjenester er begrenset, øker risikoen for at personer med mindre omfattende behov ikke får et tilbud på et tidlig nok tidspunkt. Det medfører unødvendige plager, sykefravær og mer omfattende behov for tjenester senere i forløpet.

Arbeidsformer, kvalitet og kompetanse

På tross av de utfordringene mangel på personell og kompetanse medfører, er trolig den største utfordringen knyttet til innretningen av tilbudet, både faglig og når det gjelder arbeidsformer. Dette er beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen. Tjenestene i kommunene er organisert i siloer der de ulike faggruppene og tjenestene er organisert hver for seg i egne organisatoriske enheter. Dette er en viktig årsak til at tilbudet fremstår fragmentert for brukerne. Ofte mangler et systematisk tverrfaglig samarbeid som kan sikre tidlig kartlegging av brukernes behov for behandling og oppfølging. Mangel på tverrfaglig samarbeid og planlegging medfører at brukere med kronisk sykdom ikke får tilstrekkelig systematisk oppfølging og for dårlig opplæring. Dette øker risiko for dårlig egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått. Dagens arbeidsformer fører til at særlig brukere med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging og for lite legetjenester. Dette fører til lidelse for brukerne, for tidlig behov for institusjonsplass i kommunen og unødvendige sykehusinnleggelse. Manglende systematikk i kommunal tverrfaglig kartlegging rammer mange brukergrupper. Særlig utsatt er eldre med raskt eller gradvis funksjonsfall som ikke fanges opp, og barn med habiliterings-/rehabiliteringsbehov.

Helsetilsynet har gjennomført landsomfattende tilsyn med rehabilitering i sykehjem som del av sin fireårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre (2009–2012). Funn som gikk igjen var at prosedyre eller etablert praksis som sikret rehabiliteringstilbud manglet, og at det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerte bra nok. Særlig var det ikke godt nok tilrettelagt for medvirkning fra lege og fysioterapeut. Videre var det mangelfull og lite systematisk nedtegnelse av nødvendige og relevante opplysninger i pasientjournaler, og observasjoner tydet på at ikke alle kommunene hadde tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å sikre faglig forsvarlig rehabilitering. Funnene tyder på at det kan være hensiktsmessig å bygge ut egne enheter med dag-, korttids- og hjemmetjenestetilbud utenfor sykehjemmene med tverrfaglig kompetanse og fagmiljø som har et klart rehabiliterende siktemål. Disse enhetene bør legges tettere opp til kommunens lege- eller fysioterapitjeneste og Nav-kontor, og samarbeide nært med de øvrige hjemmetjenestene. På den måten blir dette også et tilbud til alle aldersgrupper i befolkningen.

Når det gjelder omsorgstjenestene, tyder undersøkelser på at det er på det sosiale og kulturelle området tjenestene ofte kommer til kort. Mange som mottar omsorgstjenester vil ha behov for bistand for å ha en meningsfylt og aktiv hverdag. Det må derfor legges større vekt på mestring og aktivisering, både sosialt og fysisk, og gis økt oppmerksomhet på brukeres sosiale og kulturelle behov gjennom hele livsløpet.

Individuell plan er et verktøy for å sikre systematikk i oppfølgingen av brukere med langvarig behov for sammensatte tjenester. Individuell plan er en pasient- og brukerrettighet for noen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og korresponderende plikter i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og opplæringsloven § 15-5. Forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator har i kapittel 5 en rekke bestemmelser om individuell plan.

Planen går på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Alle instanser som er i kontakt med brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har et ansvar for å sørge for at

brukeren tilbys å få utarbeidet en individuell plan. Dersom brukeren har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, har brukeren rett til en koordinator i kontakten med kommunen. Svært mange med rett til individuell plan får ikke dette. På landsbasis hadde i 2015 14 pst. av tjenestemottakerne som bodde i eget hjem individuell plan, og bare 3 pst. av tjenestemottakere i institusjon hadde en virksom individuell plan. Mange får heller ikke tildelt koordinator selv om de har krav på det. Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne bruker mye tid for å sikre at barna får de tjenestene de har krav på, og mange foreldre opplever at de må gjøre deler av koordineringsarbeidet selv. Mye tyder på at mange tjenesteytere ikke har tilstrekkelig kjennskap til regelverket.

Det er i dag lite forskningsbasert kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringstjenestene både når det gjelder omfang, organisering og effekter av ulike tiltak på nasjonalt nivå både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes bl.a. manglende datagrunnlag. Arbeid med å få et bedre datagrunnlag er nødvendig for å kunne videreutvikle tjenestene på en god måte. Det er også behov for mer forskningsbasert kunnskap og systematiske evalueringer av effekten av ulike organisatoriske tiltak eksempelvis når det gjelder ulike modeller for organisering av tjenesten og endrede arbeidsformer. Systematiske evalueringer av nye tiltak legger til rette for gjenbruk av virkningsfulle organisatoriske modeller.

3.4 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Desto raskere rehabiliteringen etter et funksjonsfall starter, jo bedre blir resultatet. Et helhetlig rehabiliteringsforløp må derfor ofte starte i akuttfasen i sykehus, hvor pasienten samtidig kan få medisinsk behandling, avansert pleie og tilgang til sykehusets øvrige spesialiserte tjenester. Det finnes forskning, bl.a. presentert i de nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering, som viser at tilstrekkelig omfang og intensitet i rehabiliteringstilbudet tidlig i et pasientforløp er avgjørende. Innhold og omfang av tidlig og tilstrekkelig intensiv rehabilitering varierer mellom avdelinger og sykehus. Dette gjelder bl.a. manglende eller ikke tilstrekkelig intensivt rehabiliteringstilbud i subakutt fase etter akuttbehandling for alvorlig sykdom eller skade, som f.eks. hjerneslag. Helsedirektoratet anbefaler at det etableres intensive trenings- og habiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten for barn med hjerneskader. Slikt tilbud er ikke tilstrekkelig utbygd, og kjøpes ved habiliteringssentre i utlandet.

Spesialisert rehabilitering er også nødvendig for pasienter som ikke har vært igjennom akutt sykdom, men hvor rehabiliteringen krever spesiell kompetanse. Dette gjelder f.eks. ved alvorlig nevrologisk sykdom. For pasientgruppene beskrevet over er oppholdene i spesialisthelsetjenesten korte. Det fører til at personellet følger pasienten over kort tid, og det krever systematikk og god organisering å sikre kompetanse rundt enkeltpasienten og overførbar kunnskap til kommunen.

Ulike former for tilbud innen habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Den samlede tjenesteytingen innen habilitering og rehabilitering består av tjenester fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Noen pasienter får behandlingen i spesialiserte enheter for rehabilitering, men de fleste får rehabiliteringstilbud i andre avdelinger integrert med øvrig behandling.

Høyspesialisert rehabilitering ved avdelinger og institusjoner i spesialisthelsetjenesten

Det finnes rehabiliteringsavdelinger i helseforetak og institusjoner der rehabilitering er det primære målet med innleggelsen. Slike avdelinger/institusjoner har ofte også dag- og polikliniske rehabiliteringstilbud. Eksempler på dette er avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering, og avdelinger for nevrorehabilitering. Tilbudet kjennetegnes av høy intensitet, og er rettet mot pasientgrupper der det er nødvendig med høyspesialisert kompetanse og tiltak gjennom store deler av døgnet, ofte i kombinasjon med fortsatt medisinsk behandling.

Rehabilitering integrert ved andre avdelinger

Det tilbys også rehabilitering på akuttavdelinger eller andre enheter i helseforetak der rehabilitering ikke er hovedhensikten med sykehusinnleggelsen. Rehabiliteringsintervensjon skjer i kombinasjon med kirurgi og spesialisert medisinsk behandling.

Rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner.

En stor andel av spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud skjer gjennom de regionale helseforetakenes avtaler om tjenester ved om lag 50 private rehabiliteringsinstitusjoner. Enkelte kommuner kjøper også plasser ved disse institusjonene. Siden de private rehabiliteringsinstitusjonene ble en del av spesialisthelsetjenesten i 2006, har det vært gjort et systematisk arbeid for å fremme kontinuerlig kvalitetsforbedring og for å gjøre tilbudet til en naturlig og mer standardisert del av spesialisthelsetjenesten. Basert på anbudsrunder med kravspesifikasjoner har helseregionene stor grad av styring over omfang, innretning og kvalitet. Gjennom inngåelse av avtaler og justering av avtalelengde med bedre økonomisk forutsigbarhet er det bygd opp et rehabiliteringstilbud av god kvalitet i tråd med nasjonale anbefalinger. Det kjøpes nå færre plasser for opptrening etter ortopedisk kirurgi, mens flere får tilbud om rehabilitering ved f.eks. hjerneslag, kroniske nevrologiske sykdommer, hjertesykdom og kreft. I løpet av 2017 vil de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med regionale helseforetak, bli innlemmet i ordningen med fritt behandlingsvalg. Når dette innføres, vil det kunne medføre behov for enda mer kommunikasjon på tvers av regiongrensene om planlegging av innhold i og omfang av tjenestetilbudet.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten

Habilitering tilbys primært fra habiliteringsavdelinger i helseforetak. Tjenester som kan defineres som habilitering ytes også fra andre avdelinger i helseforetakene, f.eks. ved barneavdelinger. Helseforetakene har også egne habiliteringsenheter for barn og unge og

for voksne. Det er etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering på regionalt nivå. Felles for habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten er at det er nødvendig med høy medisinsk kompetanse på relevante områder og tverrfaglig helsefaglig kompetanse fra en rekke personellgrupper. I tillegg til å ivareta oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging, skal de gi veiledning til kommunene og bistå kommunene i diagnostisering og utredning av behov. Mange kommuner ønsker mer samarbeid og veiledning enn habiliteringsavdelingene er i stand til å gi dem. Det er behov for mer bruk av avstandskompenserende hjelpemidler som f.eks. videokonferanseutstyr for å utnytte ressursene best mulig. Noen helseforetak har udekkede behov i habiliteringstjenestene, f.eks. bistand til barn med kroniske sykdommer og sammensatte funksjonsnedsettelse. For pasienter med habiliteringsbehov og deres pårørende er forutsigbarhet og samarbeid mellom sykehus og kommune grunnleggende for et trygt liv. Ikke minst er overgangen fra ungdom til voksen krevende for mange. Kapasiteten til å utrede og følge opp sjeldne diagnoser og psykiske lidelser, alvorlig funksjonssvikt og utfordrende atferd varierer mellom helseforetakene. Mange har de siste årene etablert bedre rutiner for å følge opp mennesker med sammensatte utfordringer, men habiliteringstjenestene framholder at kapasitet til omfattende genetisk og annen diagnostikk krever store ressurser. Dette kan gå på bekostning av veiledning og annen oppfølging. Forekomst av ulike diagnoser varierer. Det er f.eks. betydelige fylkesvise forskjeller i forekomst av autismespekterforstyrrelser og ADHD (Surén et al., 2013). Forskjellene er så store at de neppe kan forklares ved underliggende reelle variasjoner i forekomst, men heller skyldes ulik diagnostisk praksis. Det er også ulikheter i organiseringen av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Noen helseforetak har samlet tilbudet i en eller få enheter, mens andre har spredt utredning og behandling i flere enheter. Kompetanse og kapasitet er en forutsetning for at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi veiledning og støtte opp under habilitering og rehabilitering i kommunene. Regjeringen vil at helseforetakene skal utvikle organisasjons- og arbeidsformer som sikrer oppfølgingen i kommunene bl.a. gjennom satsing på ambulant virksomhet.

Bedre kunnskap om tjenestene som tilbys

Spesialisthelsetjenestens tilbud om utredning, behandling og veiledning til kommuner varierer mellom de ulike helseforetakene. Det er i dag liten systematisert kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringstjenestene på et nasjonalt nivå pga. manglende datagrunnlag. Et bedre statistikkgrunnlag er nødvendig for å kunne følge rehabiliterings- og habiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten på en tilfredsstillende måte, og for å kunne vurdere tilbudets kvalitet. Fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten bruker i dag en del ressurser på å dokumentere effekt av tilbudet. Det finnes imidlertid ikke noe system for å innrapportere denne dokumentasjonen nasjonalt, slik man til en viss grad har i kommunen gjennom Iplos-funksjonsvurderingsverktøyet. Det arbeides med å utvikle minst ett generisk funksjonsvurderingsverktøy som kan innføres i rehabiliteringstjenestene i helseforetak og i private rehabiliteringsinstitusjoner. Resultatene som måles av funksjonsvurderingsverktøyet skal dokumenteres i det pasientadministrative systemet og rapporteres inn til Norsk pasientregister (NPR). Dette er målinger og registreringer som spesialist-

helsetjenesten i dag i stor grad dokumenterer internt, og som vil kunne gi økt kunnskap på nasjonalt nivå om kvaliteten innen spesialisert rehabilitering. Det vil også kunne gi pasientene et grunnlag for å ta et informert valg mellom forskjellige behandlingssteder i forbindelse med fritt rehabiliteringsvalg. Helsedirektoratet vil ha ansvar for å arbeide videre med et felles funksjonsvurderingsverktøy.

Det gjøres nå et arbeid med å utarbeide kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. I den forbindelse skal det også utarbeides pakkeforløp for hjerneslag, der rehabiliteringsdelen av forløpet vil være sentralt. Utarbeidelse av kunnskapsbaserte retningslinjer og tilhørende pakkeforløp vil også kunne være gode tiltak for andre pasientgrupper.

3.5 Samhandling

Brukere med behov for mange tjenester opplever svikt i koordinering av tjenestene mellom nivåene. Dette gjelder alle brukergrupper i alle aldre. Samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om helhetlige og gode behandlingsforløp har vært et av de sentrale målene med samhandlingsreformen. Tilbakemeldinger fra foretakene og kommunene viser at det har vært en bedring i det interkommunale samarbeidet og i samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. De lovpålagte samarbeidsavtalene oppleves som nyttige og viktige verktøy for å styrke samhandlingen mellom aktørene.

Helsetilsynet avdekket likevel i sitt landsomfattende tilsyn av samhandlingsreformen i 2015 en alvorlig svikt i informasjonsflyten mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Den forskningsbaserte følgeevalueringen av reformen som pågikk 2012–2016 i regi av NFR viser at for en del pasienter er forløpet blitt mer oppstykket etter reformen. Mange av de utskrivningsklare pasientene får et kortvarig opphold i sykehjem, før de kan komme hjem og få et videre, varig tilbud hjemme. Forskningen viser videre at sykehus og kommuner har lagt ned mye arbeid for å utvikle helhetlige pasientforløp. Der helseforetakene la premissene og var toneangivende, ble resultatet en videreføring av diagnosespesifikke behandlingslinjer i sykehus. I arbeidsgrupper der kommunal ekspertise var godt representert, ble det utviklet et personsentrert pasientforløp som var generisk og diagnoseuavhengig. Et personsentrert forløp er den eneste bærekraftige løsningen i kommunene fordi antallet i de ulike diagnosespesifikke pasientgruppene er lite. En slik tilnærming vil også gjelde rehabilitering.

En utfordring for samhandlingen er at ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten mange steder oppleves som uklar. Det bidrar også til å forklare den store variasjonen kommunene imellom når det gjelder tilbudet innen rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Ansvar er nærmere utdypet i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet har utarbeidet rapporten *Avklaring av ansvars- og*

oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS-1947). Rapporten beskriver prinsippene for ansvarsdelingen. I den elektroniske veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator som ble lagt ut på Helsedirektoratets nettside i 2015 gir direktoratet momenter og anbefalinger for avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

I tabell 1.1 presenteres Helsedirektoratets anbefalinger i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

Tabell 1.1 Helsedirektoratets anbefalinger i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

Tilbud som bør ytes i kommunene	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
<p>Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – muskel- og skjelettsykdommer. – livsstilssykdommer. – lettere psykiske lidelser. – diabetes. – kols og lungesykdommer. – kreft. – rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. – rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling. 	<p>Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> – progredierende nevrologiske tilstander – ved betydelige endringer og i akutte faser – nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade – amputasjoner – multitraumer – sjeldne sykdommer og tilstander
<p>Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner.</p>	<p>Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.</p>

Helsedirektoratet 2015

Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.

Helsedirektoratet anbefaler et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt både i helseforetak og kommuner som kan være pådrivere for kommunens og helseforetakets arbeid på feltet. En sentral begrunnelse er å sikre robuste fagmiljø og bedre forvaltning av kompetanse.

Rehabilitering kan være omfattende og tidkrevende, og omfatte en rekke fagfolk og instanser. Et gjensidig utfyllende forhold mellom spesialisthelsetjenestens og kommunenes kompetanse på rehabiliteringsfeltet vil være avgjørende, for å sikre faglig forsvarlige tjenester i et forløpsperspektiv og for kunnskapsutviklingen på feltet.

Innføring av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil bl.a. gi økt kunnskap om pasientflyten på tvers av tjenestenivåene. Økt kunnskap om rehabiliteringstilbudet i kommunene, og ev. brudd i forløpet mellom nivåene, kan brukes til å gi mer spesifikke

anbefalinger om standardiserte pasientforløp på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommune.

4 Strategier og tiltak

I det følgende beskrives strategier og tiltak som over tid skal bidra til at målet for opptrappingsplanen nås.

4.1 Involvering og deltakelse – hva er viktig for deg?

Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene har i for liten grad lagt vekt på hvilke ønsker og muligheter brukerne selv har til å delta i å planlegge og gjennomføre tjenesteytingen og aktivt bidra til å gjenopprette eller forbedre sitt funksjonsnivå. Brukerne må involveres i beslutninger som angår dem og ha innflytelse på utformingen av eget tjenestetilbud. Sterkere brukerinvolvering kan skje både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå:

- Individuelt gjennom valgfrihet og innflytelse over utforming av tjenestetilbud og behandlingsforløp og ved å ta sin del av ansvaret for gjennomføring av rehabiliteringsopplegg.
- Ved å møte, dele erfaringer og stå sammen med andre i samme situasjon både gjennom profesjonelt gruppearbeid, likemannsarbeid og selvhjelpsgrupper.
- Gjennom organisering og pasient- og brukerrepresentasjon i kommuner, spesialisthelsetjenesten og storsamfunn.

God habilitering og rehabilitering starter alltid med spørsmålet: Hva er viktig for deg? Det er ditt liv det handler om. Hva er dine ønsker og mål? Hva ønsker du å oppnå med rehabiliteringsarbeidet?

På ulike måter skal fagfolk og brukere sammen skape og utforme framtidens helse- og omsorgstjenester. Brukerstyrte ordninger og brukereide virksomheter og tiltak får etter hvert større plass ved siden av ideelle og private virksomheter som leverandører av helse- og omsorgstjenester. Dette gir både større valgfrihet for den enkelte og legger til rette for medansvar, samskaping og deltakelse, noe som i seg selv har positiv rehabiliterende effekt og gir gode forutsetninger for mer treffsikre tjenester og tiltak.

I Nasjonal helse- og sykehusplan går det fram at regjeringen vil styrke brukermedvirkningen gjennom en aktiv rolle hvor pasienten har lett tilgang til, forstår og bruker informasjon om helse og sykdom, har innsyn i egen journal, opplever likeverdighet i møte med helsepersonell, er med å ta beslutninger om egen helse og er med å utvikle helsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er det innført fritt behandlingsvalg, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-4. Denne rettigheten omfatter i dag ikke private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er imidlertid vedtatt å innlemme de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med regionale helseforetak i denne ordningen. Endringen vil gi økt valgfrihet og bidra til å involvere pasienter og brukere på en bedre måte og gi dem innflytelse i egen rehabilitering. Det tas sikte på ikrafttredelse før sommeren 2017.

Den enkeltes familie og sosiale nettverk kan ofte også være en viktig ressurs i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, enten det handler om familier til barn med funksjonsnedsettelse, eller barn/ektefeller/partnere/venner til voksne som har behov for rehabilitering etter sykdom, ulykker eller sosiale problemer. I de fleste tilfeller vil det være av avgjørende betydning for å lykkes at de inviteres og trekkes med i rehabiliteringsopplegget. De har ofte håndtert situasjonen lenge før hjelpeapparatet kom tungt inn og har skaffet seg erfaring og kunnskap som er nyttig i fortsettelsen. Samtidig har de også behov for faglig veiledning, avlastning og støtte, for å kunne bidra i det videre forløpet.

Å bli i stand til å besøke barn og barnebarn, kunne delta i familiebegivenheter eller klare seg uten å belaste familie og ektefelle for mye, kan gi sterk motivasjon og være konkrete mål for rehabilitering. Relasjonene til de nærmeste kan også gi støtte og styrke til å stå i en krevende livssituasjon og arbeide seg ut av den. Forutsetningen er at både fagfolk, pårørende og brukere spiller på lag og innretter seg etter de mål den enkelte har satt seg.

Brukerne kan både være en ressurs for seg selv og for andre brukere. Mange har gode erfaringer med selvhjelpsgrupper. I dag finnes det slike grupper på en rekke områder. Selvhjelpsgrupper gjør det mulig å bruke egne ressurser sammen med andre i samme situasjon. I kraft av egne erfaringer bringer deltakerne med seg kunnskap om eget problem inn i gruppen. Målsettingen er å fremme innsikt, mestringssevne og bedre livskvalitet hos den enkelte gjennom samspillet som oppstår mellom deltakerne.

Endre definisjonen i forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

Regjeringen vil sette i gang et arbeid, i tett dialog med brukerne, for å revidere definisjonen av habilitering og rehabilitering i forskrift av 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Ny definisjon må fange opp at for mange av brukerne, som lever med kronisk sykdom, glir forebygging, behandling og rehabilitering over i hverandre og kan ikke så lett avgrenses i tid. Definisjonen må ikke ekskludere tiltak i et slikt forløp, selv om det i seg selv ikke er tverrfaglig, fordi behovet for tverrfaglighet kan variere over tid i prosessen. Videre må definisjonen fange opp brukerperspektivet, altså at det er brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av rehabiliteringstilbudet til den enkelte bruker.

Samarbeid med brukerorganisasjonene

Brukerorganisasjonene er viktige for brukerinvolvering på samfunnsnivå. De representerer brukere på mange arenaer og bærer fram brukernes samlede erfaringer og innspill.

Brukerorganisasjonene er også viktige ved å være arenaer der en bruker kan møte andre brukere. Vesentlig er også de ulike tilbudene de har, framfor alt til egne medlemmer.

En viktig form for brukertilbud er likepersonarbeid. Likeperson er blitt definert som en samhandling mellom personer som opplever å være i samme båt, det vil si i samme livssituasjon, og hvor selve samhandlingen har som mål å være en hjelp, støtte eller veiledning partene imellom. Tanken er at den som har en bearbeidet erfaring, kan være til hjelp, støtte og veiledning for andre. Den som har levd med utfordringene sykdom og

funksjonshemning innebærer, har en kompetanse som andre kan dra nytte av i sin egen prosess. Det finnes ingen fasit for hva likepersonarbeid er. Det kan romme mange former for mellommenneskelig støtte.

Mange brukerorganisasjoner har et organisert likepersonarbeid og driver skoling av likepersoner. Mange har også et bredt tilbud av likepersonsaktiviteter. Dette kan være likepersontjeneste på sykehusets avdelinger og lærings- og mestringssenter, kontakt med likepersoner på telefon (tefontjeneste), hjemmebesøk eller besøk av likepersoner på institusjon (f.eks. på sykehjem/rehabiliteringssenter) etter avtale, kontakt med likepersoner på møteplass i nærmiljøet, samtalegrupper og trimgrupper.

Regjeringen mener brukerorganisasjonenes ulike tilbud er en underbrukt ressurs, både fordi de besitter en unik kompetanse, og fordi bærekraft i helse- og omsorgstjenesten framover krever at alle gode krefter spiller sammen. Da kan man ikke la være å bruke de tilbudene som finnes eller la brukerorganisasjonene stå med lua i hånda for å få bidra.

For å fremme et tettere samarbeid med brukerorganisasjonene på kommunalt nivå, og i større grad nyttiggjøre oss deres kompetanse og ressurser, vil Helse- og omsorgsdepartementet stille krav om medvirkning fra brukerorganisasjonene for å yte tilskudd til kommuner, både til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud (kap. 762, post 60), samt til det nye tilskuddet til utvikling av rehabiliteringstjenesten i kommunene.

Det er varslet i ungdomshelsestrategien # Ungdomshelse, at helse- og omsorgsministeren vil invitere ungdomsorganisasjoner til et årlig møte for å få innspill til regjeringens politikk på helse- og omsorgsfeltet. Det skal etableres ungdomsråd i alle helseforetak.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) forvalter tilskuddsordningen Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner. Tilskuddsordningen er et virkemiddel for å bidra til at nasjonale frivillige organisasjoner for funksjonshemmede kan drive interessepolitisk arbeid, likepersonarbeid og gi service til egne medlemmer. Ordningen tildeler et generelt årlig driftstilskudd til organisasjonene i målgruppen basert på en rekke objektive utmålingskriterier. Hovedtilskuddsordningen er på 178,5 mill. kroner i 2016.

Universell utforming

Søkelyset i rehabiliteringsprosesser bør i like stor grad rettes mot omgivelsene som mot egenskaper og ressurser ved den enkelte person. For å få til dette er det nødvendig med god og helhetlig planlegging og kontakt og samarbeid på tvers av sektorgrenser, tjenestenivåer og ansvarsområder. Ansvar for likestilling for personer med nedsatt funksjonsevne angår alle samfunnsområder. Det krever både universell utforming og individuell tilrettelegging av bl.a. arbeidsplass, bolig, servicebygg, transportmidler, utearealer, tjenester, produkt-design og elektronisk kommunikasjon. Brukernes og pasientenes egen erfaringskunnskap er nødvendig for å finne de gode løsningene.

Regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015–2019 inneholder tiltak som vil gi et mer universelt utformet samfunn, og som dermed også kan understøtte den enkeltes rehabiliteringsprosess ved å fjerne hemmende barrierer og gjøre aktiv deltagelse enklere. Regjeringens strategi for at aldersvennlig samfunn – Flere år flere muligheter og

Demensplan 2020, legger denne handlingsplanen til grunn. Gjennom sin ordinære planlegging og utvikling må kommunene sørge for at nærmiljøer og lokalsamfunn legger til rette for aktivitet og deltakelse for alle – uavhengig av alder og funksjonsnivå.

Pårørendeprogrammet og Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet 2015–2020

Den uformelle innsatsen fra familie og pårørende er nesten på størrelse med den offentlige innsatsen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Til tross for dens størrelse og betydning har den fått liten oppmerksomhet. Det er nødvendig å løfte fram, synliggjøre og verdsette denne innsatsen og gi støtte og avlastning til pårørende som ofte står i krevende situasjoner, bl.a. når deres familiemedlemmer har behov for rehabilitering og habilitering. Gjennom pårørendeprogrammet har regjeringen iverksatt tiltak for å utvikle fleksible avlastningsordninger, gi økt informasjon og opplæring, samt bedre samspillet mellom den offentlige og uformelle innsatsen. Regjeringen har hatt på høring et forslag om en ny pliktbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven om styrket pårørendestøtte. Bestemmelsen samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid og medfører at kommunene skal tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, omsorgsstønad, opplæring og veiledning. Et lovforslag planlegges lagt fram høsten 2016. Det vises for øvrig til omtale av endringer i pleiepengeordningen i Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon.

For å bedre samarbeidet mellom offentlig frivillig sektor har KS, Frivillighet Norge og regjeringen i samarbeid utviklet en nasjonale strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet 2015–2020. Formålet er at strategien skal stimulere kommunene til å etablere lokale samarbeid, for å støtte opp under frivillig innsats og derigjennom styrke enkeltpersoners sosiale nettverk og motvirke ensomhet.

Det vises også til Kommunal- og regionaldepartementets veileder Samarbeid mellom frivillige og kommuner.

4.2 Helhetlig pasientforløp – nye løsninger og arbeidsformer

For å bidra til bedre og mer helhetlig oppfølging av brukere med behov for rehabiliterings- og habiliteringstjenester, er det nødvendig med innovasjon for å utvikle nye organisatoriske og teknologiske løsninger, nye arbeidsformer og nye behandlingsmetoder. For å styrke den forebyggende og rehabiliterende innsatsen, må tjenestene spille på lag med de øvrige ressursene i samfunnet. De kommunale helse- og omsorgstjenestene må være en integrert del av lokalsamfunnet og ikke flyttes vekk fra de sammenhenger der den profesjonelle og uformelle innsatsen fortsatt kan spille sammen. Kommunene må vurdere innretning og organisering av tjenestene sine, både internt i helse- og omsorgstjenestene og i relasjon til andre kommunale tjenester som Arbeids- og velferdsetaten (Nav), barnevern, kulturtilbud, barnehage og skole. Det må tenkes nye måter å arbeide på og å følge opp brukere på, som flytter dagens etablerte grenser, både mellom profesjonene og mellom virksomhetsområdene i kommunene. For å bidra til at den enkelte bruker skal oppleve kontinuitet og sammenheng i tjenestetilbudet, må tjenestene organisere seg tett opp mot hverandre. Nye

arbeidsformer og en vridning av innsatsen i tjenestene til kommunene vil kreve at spesialisthelsetjenesten støtter og veileder kommunene. Dette vil kreve god ledelse på alle nivåer. Det er avgjørende å etablere kontaktflater og en systematikk for pasientforløp, kompetanse- og kunnskapsutveksling, oppgaveløsning og tverrfaglig samarbeid. Det er behov for å ta i bruk ny teknologi for å understøtte nye innovative og brukerorienterte arbeids- og behandlingsformer.

Tilskudd til å utvikle tjenestene

Det foreslås å etablere et søknadsbasert tilskudd for å stimulere kommunene til tjenesteutvikling. Midlene kommer i tillegg til at en økning på 100 mill. kroner i kommunens frie inntekter begrunnes i opptrappingsplanen. Kommunene skal beskrive sine målsettinger for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet og hvordan de arbeider for å utvikle tjenestene. Dette skal tillegges stor vekt ved behandling av søknaden. Målsettinger og utviklingsprosesser for habiliterings- og rehabiliteringstjenester bør være nedfelt i plandokument som kommunene i løpet av 2017 skal ha laget, oppdatert eller revidert. I søknaden må kommunen må tydeliggjøre sitt behov for fagkompetanse, herunder ergoterapikompetanse. Det tas sikte på å innføre lovkrav om ergoterapikompetanse fra 2020. Kommunen må videre synliggjøre samarbeid med brukerorganisasjoner og med aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten, som barnehage, Nav og skole/utdanningsinstitusjoner. Det foreslås at det ikke settes en nedre eller øvre grense for tildeling av tilskudd til den enkelte kommunene. Det stilles krav til en viss kommunal medfinansiering. Tilskuddet skal kunne gis til samme kommune flere ganger. Dette kan bidra til at kommunene har fokus på å lage en god helhetlig opptrappingsplan for sitt eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud og for bruken av både egne og øremerkede midler.

Kommunene skal rapportere på få, enkle parametre. Det tas sikte på å minimere omfanget av administrasjon og rapportering.

Tilskuddet foreslås å være på 91 mill. kroner i 2017. Det vises til kap. 762, post 64.

100 mill. kroner av økning i kommunenes frie inntekster i 2017 til habilitering og rehabilitering

100 mill. kroner av økning i kommunens frie inntekter for 2017 er begrunnet i opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering og skal bidra til at kommunene styrker kapasitet og kompetanse og utvikler disse tjenesteområdene. Det vises til Prop. 1 S (2016–2017) Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Nasjonalt prosjekt kommunal rehabilitering – Askim-prosjektet

Helsehuset Indre Østfold har ved stortingsbehandlingen av Prop. 1 S (2015–2016) jf. Innstilling 11 S. (2015–2016) mottatt 5 mill. kroner i 2016 for å utarbeide et prosjekt med formål å styrke rehabiliteringstilbudet i Indre Østfold. Prosjektet har som målsetting å utvikle og benytte innovative løsninger som understøtter og effektiviserer arbeidsprosesser på rehabiliteringsfeltet. Prosjektet er et viktig bidrag i å styrke rehabiliteringstilbudet i Indre Østfold og utvikle sammenhengende og helhetlige forløp i samhandling med

spesialisthelsetjenesten. Det er satt krav til følgeevaluering som dokumenterer kunnskap og erfaringer som har overføringsverdi til andre. Det skal legges vekt på at tiltakene skal bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene i samsvar med de politiske målene om at en større del av rehabilitering på sikt skal overtas av kommunene. Utprøvingen skal bidra til å realisere faglige krav og anbefalinger nedfelt i Helsedirektoratets veileder for området. Bevilgningen på 5 mill. kroner foreslås videreført under kap. 762, post 60.

Rehabiliteringstilbud til pasienter med alvorlig sykdom av uklar årsak

Ifølge Folkehelse rapporten 2014 er langvarig smerte blant de største helseutfordringene både i Norge og globalt. Rundt 30 pst. av befolkningen har langvarig smerte. Langvarig smerte kan ha innvirkning på arbeidsevne og fysisk funksjon, på psykisk helse og livskvalitet, og er en vesentlig årsak til langtidssykefravær og uførhet. Kvinner rammes mer enn menn.

Det er en urovekkende utvikling i langvarig utmattelse hos unge. Det er flest kvinner som får utmattelsestilstander slik som CFS/ME. CFS/ME er en sykdom med et uklart og varierende symptombilde og med ukjent årsak. Helsedirektoratet anslår at det er mellom 10 000 og 20 000 pasienter med CFS/ME av ulik alvorlighetsgrad i Norge. Mange opplever store helseproblemer over lang tid og føler seg dårlig ivaretatt av helsevesenet.

Felles for disse pasientgruppene er at det mangler allment akseptert forståelse av sykdommens årsaker, mekanismer og behandlingsmuligheter, og for et betydelig antall mennesker er det snakk om alvorlig tap av livskvalitet som kan strekke seg over flere år.

Det er utfordrende å gi helsetjenester til brukere som ikke har en klar og entydig anerkjent årsak til sin sykdom. Det stiller store krav til faglig kvalitet, profesjonalitet og innholdet i og utførelsen av rehabiliteringstilbudet.

I 2012 ble det etablert en nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME, med ansvar for å bygge kompetanse om aktuell behandling og ny forskning, samt drive undervisning og kunnskapsformidling. I 2015 kom en oppdatert veileder for helsepersonell, som bygger på den kunnskapen vi i dag har om CFS/ME.

St. Olavs Hospital leder et prosjekt sammen med de andre regionsykehusene for pasienter med langvarige smerte- og/ eller utmattelsestilstander av ukjent årsak. De regionale helseforetakene forutsettes å videreføre behandlingsopplegget som en integrert del av tjenesten. Behandlingsopplegget vil bli evaluert.

Forskningsaktiviteten har vært økende de siste årene, både i omfang og tilnærminger, men selv om forskningsaktiviteten har vært økende er det fortsatt behov for mer forskning og bedre kunnskap. Forskningsrådet prøver i 2016 ut behovsidentifisert forskning, hvor brukerne selv foreslår hva det bør forskes på. Det skal være forskning som framskaffer kunnskap som særlig etterspørres av brukerne av helsetjenesten, og som relativt raskt skal kunne benyttes i tjenesten. En rekke forslag til prosjekter gjennomgås av et brukerpanel. Endelig tildeling skjer i slutten av 2016.

Langvarige smertetilstander og CFS/ME er sykdommer hvor det kan være behov for ulik innretning på tjenestene for å utforme rehabiliteringsopplegg som tar hensyn til brukernes

kjønn. Atferd knyttet til helse og sykdom kan være forskjellig hos kvinner og menn, f.eks. knyttet til valg av mestringsstrategier ved sykdom og livskriser. Det er viktig å ta hensyn til dette ved utvikling av rehabiliteringstjenestene.

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering skal bidra til å øke livskvalitet og forbedre funksjonsnivå hos brukeren gjennom å ta utgangspunkt i brukernes egne muligheter og støtte den enkeltes motivasjon og evner. Brukeren selv beskriver og definerer hva som er vesentlig for å mestre eget liv. Hverdagsrehabilitering gir kommunene mulighet for en systematisk tilnærming til å øke brukernes mestrings- og funksjonsevne og gi dem økt livskvalitet.

Erfaringer fra Danmark og Sverige viser gode resultater ved hverdagsrehabilitering. For å skaffe norske erfaringer ble det i 2013 etablert et tilskudd til kommuner til utvikling og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering. Prosjektene ble følgevaluert for å dokumentere effekter og gevinster for kommunene og brukerne. Evalueringen ble utført av Senter for omsorgsforskning Vest i samarbeid med Forskningscenter for habilitering og rehabiliteringstjenester Charm ved Universitetet i Oslo og pågikk ut 2015. Prosjektrapporten ble lagt fram våren 2016. Helsedirektoratet har ledet det nasjonale prosjektet med følgeevaluering av prosjektene.

Evalueringen viser at hverdagsrehabilitering har en bedre effekt enn vanlige hjemmetjenester på flere områder. Brukerne som har mottatt hverdagsrehabilitering er mer tilfreds med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet enn brukere som ikke har fått denne tjenesteformen. Prosjektet viser at standard tjenester og hverdagsrehabilitering koster om lag like mye i et seks måneders perspektiv, men at helseeffekten er større ved hverdagsrehabilitering. En dreining fra kompenserte tiltak til aktivisering og egenmestring i hverdagen bevarer og opprettholder den enkeltes funksjonsnivå og helse, og vil i de fleste tilfeller utsette mer omfattende pleiebehov.

Stavanger kommune har som mål at flest mulig har et aktivt liv og klarer seg selv best mulig. Tjenesten brukeren får skal derfor hjelpe brukeren til å opprettholde eller å få tilbake evnen til å utføre aktiviteter brukeren kan mestre selv. Dette er viktig for å bevare god helse og selvstendighet. For å oppnå dette satte kommunen i gang et prosjekt i en bydel i kommunen i 2012. Evalueringen resulterte i en beslutning om å utvide prosjektet til hele kommunen i løpet av 2014. Resultatet er at kommunen i 2015 hadde 300 færre brukere i hjemmesykepleien sammenliknet med 2012 og 420 færre brukere av hjemmehjelp. Dette som resultat av innføring av hverdagsrehabilitering satt i system.

Hverdagsrehabilitering synes også å være en rehabiliteringsform som styrker rehabiliterings- og habiliteringstilbudet til personer med utviklingshemning med lettere funksjonssvikt. Resultatene fra prosjektet tyder på at personer med utviklingshemning har utbytte av hverdagsrehabilitering spesielt når det gjelder utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter. Angst/depresjon ble også redusert og brukernes totale helseskår ble bedret.

Dersom eldre får tilbud om å trene på hverdagslige aktiviteter, vil etterspørselen etter hjemmetjenester gå ned. Det er en konklusjon også i en studie utført av Høgskolen i Bergen

og Rokkansenteret (2016). Den viser at eldre som får hverdagsrehabilitering klarer seg bedre i dagliglivet og mer tilfredse med det, og at det er mindre kostnader for kommunene enn å tilby tradisjonelle hjemmebaserte tjenester.

I juni 2016 var det registret 152 kommuner som var i gang med hverdagsrehabilitering, mens 42 kommuner planlegger oppstart.

Gjennom det kommunale innovasjons- og kompetanstilskudd kan kommunene søke på midler til nybrotts- og utviklingsarbeid bl.a. til hverdagsrehabiliteringsprosjekter.

De vises til kap. 761, post 68, for nærmere omtale.

Tiltak for forebygging i omsorgstjenestene

For å bidra til bedre livskvalitet og helse for yngre og eldre brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil regjeringen vektlegge sekundærforebygging, bl.a. fallforebygging, fysisk og sosial aktivitet og tiltak for å forebygge underernæring.

Et hoftebrudd for gamle mennesker kan gi betydelig reduksjon i helse og livskvalitet, høy dødelighet og det medfører store kostnader for helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet med forebygging av fallulykker vil bli intensivert, og målet er å oppnå 10 pst. reduksjon i antall hoftebrudd innen 2018. Systematiske tiltak med fallforebygging og trening for eldre bidrar til reduksjon i fall på 40 pst. Fallforebygging skal inkluderes i arbeidet med kvalitetsindikatorer, hjemmebesøk, pasientsikkerhetsprogrammet og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakke for å forebygge fall i sykehjem og sykehus videreføres i pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018). Mange sykehjem har i dag små eller ingen ressurser for fysioterapeuter og ergoterapeuter. Disse funksjonene blir ofte knyttet til korttidsplasser og rehabiliteringsavdelinger, men bør ikke gå på bekostning av tilbudet til beboere i langtidsplasser. Mye kan gjøres for å opprettholde funksjon og redusere smerter i muskel- og skjelettsystemet og hindre fallskader hos beboere. Ved økt fysisk aktivitet kan beboere bli mer selvhjulpne og få en bedre hverdag.

Regjeringen vil legge forholdene til rette for at kommunene i større grad enn i dag foretar forebyggende hjemmebesøk hos eldre. Helse- og omsorgsdepartementet har våren 2016 gitt ut et rundskriv som beskriver hvordan kommunene kan bruke forebyggende hjemmebesøk som del av sitt tjenestetilbud til eldre. Forebyggende hjemmebesøk fremmer helse og mestring, og gir eldre mulighet til å leve et aktivt og selvstendig liv også når helsen blir redusert. Tiltaket kan bidra til at flere eldre kan leve lenger i egen bolig. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en veileder for forebyggende hjemmebesøk. Veilederen skal etter planen ferdigstilles innen utgangen av 2016.

God rehabilitering forutsetter ofte god ernæring. Mange eldre brukere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er underernærte eller i ernæringsmessig risiko. Helse- og omsorgstjenestene må legge til rette for gode måltider gjennom å sikre at personellet har god kompetanse om mat og måltider, det må settes av tid og ressurser til måltidene, og det må sikres at beboernes ønsker og behov ivaretas.

Det er kjent at mange mennesker med utviklingshemning har et usunt kosthold og lavt aktivitetsnivå. Dette kan føre til alvorlig overvekt, ev. feilernæring, og tilhørende

følgesykdommer. Helsetilstanden til utviklingshemmede bør styrkes. Riktig ernæring og aktivitet er vesentlig for å unngå alvorlig sykdom og belastningsskader. Kunnskap og kompetansespredning om kosthold og aktivitet er sentralt. Utvikling av veiledere eller retningslinjer kan være aktuelle tiltak. Regjeringen har satt ned et eget utvalg for å analysere og vurdere endringer i hvordan grunnleggende rettigheter til mennesker med utviklingshemming best kan ivaretas. Dette arbeidet inkluderer ivaretagelse av retten til gode helse- og omsorgstjenester. Utvalget leverer etter planen sin utredning i løpet av høsten 2016. Regjeringen vil komme tilbake til oppfølgingen av de tiltak utvalget foreslår.

Regjeringen har satt i gang et arbeid for å utvikle en trygghetsstandard for kvalitet i sykehjem. Trygghetsstandarden skal operasjonalisere lovkrav og andre kvalitetsstandarder slik at det blir enkelt for norske sykehjem å implementere dem. Kvalitetsforskriften, som bl.a. handler om ernæring, vil ha en naturlig plass i dette arbeidet.

Det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet innenfor helse- og omsorgstjenesten ble i 2016 styrket for å gi kommunene anledning til å sette i verk kompetanse-, innovasjons- og utviklingsarbeid også innenfor ernæringsområdet. Ernæring inngår også som nytt innsatsområde i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender fra 2016. Det vises til kap. 761, post 68.

En teambasert helse- og omsorgstjeneste

Ett av de sentrale tiltakene i Primærhelsemeldingen er en mer teambasert tjeneste ved at det skal etableres primærhelseteam og oppfølgingsteam. Primærhelseteam er en utvidet allmennlegepraksis. Kjernen i teamet er fastlegen, en sykepleier og helsesekretær-/administrativt personell. Annet personell kan tilknyttes etter behov. Dette er et tilbud til hele befolkningen, slik fastlegetjenesten er i dag. Alle innbyggere skal, hvis de ønsker, være tilknyttet et primærhelseteam og ha en fastlege i teamet, slik nesten alle i dag har en fastlege.

Formålet med å utvide fastlegepraksisene på denne måten er å skape en større bredde i tilbudet, bedre tilgjengelighet, bruke personellressursene bedre, og ikke minst bedre oppfølgingen av brukere med store og sammensatte behov og med kronisk sykdom og behov for langvarig oppfølging og god opplæring. En sykepleier i legenes praksis vil kunne være et kontaktpunkt for brukere, andre kommunale tjenester og tilbud, brukerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten. Sykepleieren kan delta i oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og brukere med store og sammensatte behov og gjennomføre pasientopplæring og veiledning. De vil også kunne bidra til å styrke oppfølgingen av brukere som i dag er dårlige til å etterspørre tjenester. På denne måten vil primærhelseteamet kunne bli det nødvendige kontaktpunktet for brukere med kronisk sykdom som i dag opplever at de blir overlatt til seg selv, uten et tilbud, etter at diagnosen er fastslått, eller etter at rehabiliteringstiltak er gjennomført.

Regjeringen har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan en pilot for primærhelseteam kan innrettes, med sikte på å prøve ut denne organiseringen i et utvalg kommuner/legepraksiser.

Oppfølgingsteam er et tilbud for brukere med store og sammensatte behov og som ofte mottar tjenester i hjemmet, dog slik at omfanget av behov kan variere. Betegnelsen oppfølgingsteam er en generisk begrep som beskriver flere typer team. Felles er at de består av en koordinator, andre tjenesteytere avhengig av brukerens behov, og at det utformes en plan for oppfølgingen i samråd med brukeren. Dette sikrer en systematikk i oppfølgingen, både når det gjelder brukerinvolvering, sammensetning av teamet og evaluering av om målene som er satt nås.

Det finnes allerede i dag mange team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan omtales som oppfølgingsteam. Eksempler er rehabiliteringsteam, demensteam, ACT-team osv. Forutsetningen for at etablerte team skal kunne omtales som oppfølgingsteam er at kravene til systematikk, som beskrevet over, ivaretas.

Oppfølgingsteamene kan være av mer permanent karakter, når det er snakk om brukere med så store behov at de er permanente brukere av hjemmetjenester. Her er et av formålene med teamtilnærmingen å bedre oppfølgingen slik at sykehusinnleggelse unngås, og behovet for institusjonsplass utsettes. Oppfølgingsteam kan imidlertid også brukes tidsavgrenset, for å intensivere den kommunale oppfølgingen i en periode for å bedre funksjon, selvhjelpenhet og mestring. Dette kan være viktig både for livskvalitet, og for å utsette og forebygge behov for institusjonsbaserte tjenester i kommunene og sykehusinnleggelse.

For å bidra til etablering av oppfølgingsteam og mer systematikk i kommunenes oppfølging av brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov, er læringsnettverk et nyttig verktøy. Slike nettverk er en arena for gjensidig læring som kan stimulere til spredning og utvikling av kunnskap, kompetansebygging og forbedring av kvalitet på tvers av fagområder og profesjoner. Læringsnettverk kan også bidra til bedre samhandling, og at ny kunnskap og metoder tas i bruk.

Det er etablert to læringsnettverk forankret i kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS: Nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med kroniske lidelser/eldre og nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med psykisk helse- og eller rusproblemer. Læringsnettverkene har vist gode resultater. Regjeringen bevilget derfor i 2015 22 mill. kroner til å videreutvikle dette arbeidet i perioden 2016–2019. I 2016 er det bevilget ytterligere 6 mill. kroner. Dette beløpet foreslås videreført i 2017. I arbeidet med helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med kroniske lidelser/eldre står mange av målsettingene i primærhelsetjeneste-meldingen sentralt. I den nye runden med nettverk skal samhandlingen med spesialisthelse-tjenesten og med fastlegene styrkes og ledelsesforankringen bedres. Dette er elementer som i forrige runde viste seg å ha stor betydning for suksess. I tillegg skal det prøves ut etablering av oppfølgingsteam.

Helse- og omsorgsdepartementet har også gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle en veileder for kommunene for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov og for å implementere oppfølgingsteam. I dette arbeidet skal direktoratet bygge på erfaringene fra arbeidet i læringsnettverkene. KS skal involveres i arbeidet.

ParkinsonNet

Regjeringen ønsker å prøve ut nye modeller for bedre behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Pasienter med Parkinsons sykdom er en egnet gruppe å prøve ut nye modeller på. Med 8000 pasienter i Norge er gruppen tilstrekkelig stor, og pasientene har behov for bred tverrfaglig tilnærming over lengre tid.

ParkinsonNet er utviklet i Nederland som et nasjonalt tilbud til pasienter med Parkinsons sykdom. Pasientens kunnskap om egen sykdom, tilpasset egen trening og egenbehandling er basis for ParkinsonNet.

Modellen har følgende nøkkelementer:

- Systematisk utdanning og opplæring av aktuelle fagprofesjoner bl.a. ved bruk av relevante faglige retningslinjer.
- God informasjon til pasienter og pårørende f.eks. gjennom lærings-/mestringskurs, brosjyrer og web-basert informasjon.
- Etablering av effektiv kommunikasjon mellom behandlere i spesialisthelsetjenesten – og kommunen, pasienter imellom og ev. også mellom pasienter og behandlere.
- Monitorering og publisering av relevante data om behandlingstilbudet, effekt av tiltak og intervensjoner.

ParkinsonNet gir en mulighet til å kvalitetssikre behandlingen og imøtekomme den enkelte pasients behov og livssituasjon. Pasientperspektivet, pasientmedvirkningen og den brede tverrfaglige tilnærmingen har vist seg å øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene.

Denne organiseringen av tilbudet til en pasientgruppe kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper med nevrologisk sykdom og andre pasientgrupper med behov for støtte til å leve med og mestre sin kroniske sykdom.

Det foreslås å etablere et pilotprosjekt over to år i Norge i 2017–18. Prosjektet skal etter planen omfatte omtrent 1000 pasienter. Det vil gjennomføres i to helseforetak i samarbeid med kommunene rundt helseforetaket. Planlegging og gjennomføring av prosjektet skjer i nært samarbeid med Norges Parkinsonforbund. Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser, i samarbeid med Norges Parkinsonforbund, vil ha ansvar for å drive prosjektet. I 2017 foreslås det å bevilge 5 mill. kroner over kap. 733, med hhv. 2 mill. kroner over post 21 og 3 mill. kroner over post 79. Prosjektet vil bli evaluert under arbeidet og ved prosjektavslutning som grunnlag for å vurdere en nasjonal videreføring av modellen.

Utrede rehabiliteringspotensialet

Saksbehandling og enkeltvedtak knyttet til tildeling av hjemmetjenester og opphold i sykehjem fungerer ofte slik at tjenestetilbudet øker etter hvert som funksjonsevnen svekkes. Praktisk bistand, hjelp og pleie tilstås som kompensasjon for tapte funksjoner og manglende evne til å stille seg selv, uten at rehabiliteringsevne og -mulighet er utredet. Og det er ofte funksjonstapets omfang som bestemmer utmålingen av tjenestetilbudet. Slik bygges også helse- og omsorgstjenestetilbudet ut i tråd med veksten i behovet ettersom tallet på personer med nedsatt funksjonsevne øker.

Regjeringen vil derfor vurdere om det er behov for å endre eller presisere lovgivningen slik at rehabiliteringspotensialet alltid skal utredes før det tilstås kompenserende tiltak og tjenester. Det kan være et viktig grep for å vri etterspørselen og få til en helt nødvendig omstilling med større vekt på habilitering og rehabilitering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I første omgang vil regjeringen i eget rundskriv anbefale kommunene å utrede rehabiliteringsbehov og- muligheter, før det settes i verk tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.

Individuell plan – nytt informasjonsmateriell

For å stimulere til økt bruk av individuell plan til familier med nedsatt funksjonsevne vil Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) ta opp individuell plan i nytt informasjonsmateriell som vil foreligge i 2016 (kort informasjonsfilm og brosjyre), som er spesielt rettet mot innvandrerfamilier med barn med nedsatt funksjonsevne.

Kvalitetsutviklingsprosjekt sykehjem – trygghetsstandard

Som del av arbeidet med kvalitetsforbedring av tjenestene vil regjeringen utvikle en trygghetsstandard som alle landets sykehjem kan ta i bruk. Trygghetsstandarden skal bestå av fem hovedtemaer: Ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater. Trygghetsstandarden er et kvalitetssikringsverktøy som skal operasjonalisere lovkrav og andre kvalitetsstandarder på en måte som gjør det enkelt for virksomhetsledere og avdelingsledere ved det enkelte tjenestested å ta dem i bruk. Målet er å unngå at det er for store variasjoner i kvalitet mellom sykehjemmene og å sikre målrettede tjenester til pasienter i sykehjem, også innen rehabilitering. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle verktøyet sammen med bruker- og pårørendeorganisasjoner, yrkesorganisasjonene, KS, samt relevante fagmiljø. Som et ledd i prosjektet skal trygghetsstandarden prøves ut i utvalgte sykehjem. Prosjektet avsluttes i 2018.

Pakkeforløp for kreft

Formålet med pakkeforløp for kreft er at kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Med innføring av pakkeforløp for kreft får pasientene en pakke som beskriver et planlagt pasientforløp. Pakken beskriver hvor lang tid de ulike elementene i utredning og behandling skal ta. Pakkeforløpene omfatter også sykdomsspesifikke rehabiliteringstiltak. For den enkelte pasient skal det gjøres en behovsvurdering som basis for beslutning om hvilke samlede rehabiliteringstiltak som bør settes i verk. Det er nå utarbeidet 28 ulike pakkeforløp for kreft. Det skal også utarbeides pakkeforløp for pasienter med hjerneslag. Regjeringen vil legge til rette for å etablere pakkeforløp for psykiske helsetjenester og rusbehandling.

Generiske pasient- og brukerforløp

Sintef Teknologi og samfunn har på oppdrag fra Norsk Revmatikerforbund utarbeidet en rapport (2015) om pasient- og brukerforløp for personer med revmatisk sykdom. Formålet har vært å utvikle en generisk modell for pasient- og brukerforløp som består av koordinerte

og sammenhengende tjenester for voksne personer med revmatisme og andre muskel- og skjelettplager. Et godt forløp skal legge til rette for en bedre funksjons- og mestringsevne, bremse sykdomsutvikling og bedre selvstendighet og livskvalitet for personer med revmatiske lidelser

I modellen er det beskrevet fire deler av et forløp. Del I, før diagnose, i primærhelsetjenesten, del II, henvisning til og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, del III, oppfølging i primærhelsetjenesten etter diagnose, og del IV, tiltak. For hver del beskrives hvilke oppgaver og aktiviteter fasen vil innebære for tjenesteyterne.

Ser man på beskrivelsen av forløpet og det innholdet som etterspørres i de ulike fasene, ser man at dagens situasjon preges av at det ikke gis et slikt helhetlig tilbud. Modellen som Sintef Teknologi beskriver i sin rapport kan være nyttig for kommunene i deres arbeid med tjenesteutvikling for å skape et tilbud som oppleves helhetlig for brukeren.

I rapporten trekkes primærhelseteamets betydning fram for gruppen, som et sted å forankre koordinering og tverrfaglig vurdering/oppfølging. Betydningen av tidlig informasjon om tilbud i kommunen og hos brukerorganisasjoner og arbeidsrettede tiltak integrert fra starten av forløpet, fra før diagnose er stilt, påpekes. Når diagnose er stilt påpekes betydningen av en god startpakke med opplæring for å mestre ny diagnose, god kontakt mellom primærhelseteam og spesialisthelsetjeneste og individuell plan. Det foreslås at diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud gis i spesialisthelsetjenesten, mens opplæring for å leve med gis i kommunene. Etter behandling i spesialisthelsetjenesten påpekes betydningen av at oppfølgingen overtas av kommunen og primærhelseteamet, med en helhetlig vurdering av hvilke tiltak som er aktuelle, basert på sykdomsforløp, funksjonsproblem, alvorlighet, livssituasjon mv. Når det er laget en plan for oppfølging, må den følges opp og på nytt må det gis informasjon om aktuelle tilbud i kommunen. Disse kan være mangeartede; oppfølging i hverdagen, tilrettelagte aktiviteter, tilpasset ernæring, tilrettelagt trim og trening, arbeidsrettet oppfølging, kontakt med brukerorganisasjon i form av likepersoner og selvhjelpsgrupper, og ikke minst oppfølging fra primærhelseteamet, samt oppdatere individuell plan i tråd med endringer og utvikling.

Selv om dette forløpet er beskrevet med utgangspunkt i behovene til brukere med revmatisk sykdom, har det overføringsverdi til andre brukergrupper med kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og behov for rehabilitering i et livsløpsperspektiv. Tilnærmingen med generiske pasient- og brukerforløp sammenfaller godt med tenkningen som ligger i primærhelsetjenestemeldingen, som bl.a. tar til orde for at man i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ta utgangspunkt i funksjon og ikke diagnose. I avsnittet om en teambasert helse- og omsorgstjeneste beskrives nærmere regjeringens arbeid på dette området. Etablering av primærhelseteam vil legge til rette for tettere oppfølging og koordinering i primærhelsetjenesten, i tråd med beskrivelsen i Sintef-rapporten. Oppfølgingsteam, f.eks. rehabiliteringsteam er viktig for brukere med store behov. Læringsnettverkene bidrar til utvikling av bedre forløp i den kommunale tjenesten, og bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sintef-rapporten viser at brukeren opplever for mange huller i tilbudene. For å tette slike hull, er det foreslått å stille krav om at kommunene fra 2020 har psykologkompetanse og ergoterapikompetanse knyttet til seg. Det er avsatt

midler til å rekruttere psykologer i kommunen. Kompetanseløft 2020 er en plan som skal bidra til generell økning av kompetansenivået i kommunale helse- og omsorgstjenester. For å ivareta personer som trenger langvarig oppfølging og rehabilitering er det av særskilt betydning at personell innehar nødvendig breddekompetanse. Det satses på videreutdanning i klinisk sykepleie og foreslås å stille krav om spesialisering i allmenntidmedisin for leger i kommunen. For å bidra til bedre samarbeid og mer kompetansedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, er det behov for faglig dialog mellom kolleger på begge forvaltningsnivåene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å se nærmere på hvordan et slikt faglig samarbeid mellom leger kan settes i system. Regjeringen vil, også gjennom pilotprosjektet med ParkinsonNet og andre tilskudd til kommunene, bidra til at det etableres nye tilbud og at nye modeller for behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer prøves ut og implementeres i tjenestene. Dette er alle tiltak som vil bidra til bedre forløp og å tette hullene i dagens tilbud.

Ambulante tjenester – samarbeid om tilpassede tjenester

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator slår i § 15 fast at habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. En ambulant konsultasjon er mer ressurskrevende der og da enn konsultasjon på sykehuset, men kan redusere tjenestebehovet over tid. Ambulante tjenester muliggjør samhandling og at spesialisthelsetjenesten får utført sin veiledningsplikt til kommunene. Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten kan bidra til å gi kommunene tilgang på den kompetansen de trenger for å sikre at pasienter kan bo hjemme og mestre livet med sykdom. Regjeringen ønsker mer ambulant virksomhet og mer veiledning enn spesialisthelsetjenesten yter i dag. Sykehusene framholder også verdien av å jobbe ambulant og å følge pasienten ut i kommunen. Pasienten kan da unngå å bli henvist tilbake til spesialisthelsetjenesten for ny oppfølging. Det er ikke alltid nødvendig å reise til pasientens hjemsted. Flere helseforetak har begynt å bruke mobile videokonferanser som arbeidsform i oppfølging av pasienter, pårørende og kommunale tjenesteytere. Ambulant aktivitet i spesialisthelsetjenesten må synliggjøres gjennom koding og rapportering. Avdelinger som har stor ambulant virksomhet kan tolkes som ineffektive når de har færre pasientkontakter enn avdelinger som innkaller pasienter til poliklinikken. Helsedirektoratet arbeider med forbedring av rutinene for å rapportere og publisere ambulant aktivitet. En økt satsing på ambulant virksomhet innebærer en dreining av aktiviteten innen gjeldende rammer. Endringen vil bli påpekt gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Et eksempel på ambulant virksomhet er hjemmesykehus for barn, som bl.a. tilbys av Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus. Når det er forsvarlig og praktisk mulig, kan barn og ungdom innlagt på sykehus og som er bosatt i sykehusets nærområde, få være hjemme under sykehusinnleggelsen, og sykepleier kommer hjem til familien. Overflytting til hjemmesykehus er ikke avhengig av diagnose, men av problemstilling og tilstand, og om barn og familie ønsker det.

Kunnskapsbaserte retningslinjer for hjerneslag, hjerneslagkampanje og statusrapport om hjerneehelse

Det gjøres nå et arbeid med å utarbeide kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. I den forbindelse skal det også utarbeides pakkeforløp for hjerneslag, der rehabiliteringsdelen av forløpet vil være sentralt. Revisjon av retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag ferdigstilles ved årsskiftet 2016–2017. Samtidig ferdigstilles pakkeforløp for hjerneslag. Et viktig tiltak for å forebygge alvorlig skade og redusere behovet for omfattende rehabiliteringstiltak er å få personer rammet av hjerneslag raskest mulig inn på sykehus.

Det skal gjennomføres en nasjonal informasjonskampanje om hjerneslag. Hensikten er å gjøre befolkningen kjent med symptomer på hjerneslag for å sette i verk tiltak raskest mulig. Stortinget har bevilget 10 mill. kroner ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett 2016, jf. Innst. 400 S (2015–2016), til en nasjonal befolkningsrettet hjerneslagkampanje.

I 2015 ble det europeiske Hjerneåret gjennomført. I Norge var det stor oppmerksomhet om sykdommer som rammer hjerne og ryggmarg, og hva som kan gjøres for å forebygge sykdom i hjernen, øke forskningsinnsatsen, behandle og gi et godt rehabiliteringstilbud til pasientene som rammes.

Det er i 2016 gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om å utarbeide en statusrapport om hjerneehelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og vurdere behovet for en helhetlig strategi for fagområdet.

Tiltak for barn og unge med ervervet hjerneskade

Hvert år får 60–80 barn en ervervet hjerneskade av moderat eller alvorlig grad. Noen er utsatt for ulykker, andre for kreft eller andre alvorlige sykdommer i hjernen. Det er variasjon i tilbudet som gis. Mange barn og unge får ikke et sammenhengende behandlings- og rehabiliteringsforløp tilpasset sitt behov. Variasjonen gjelder spesielt rehabiliteringen etter den akutte fasen, hvor et nært samarbeid og gode overføringsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten og rehabiliteringstilbudet i kommunen er nødvendig for å oppnå et godt resultat. Det er dokumentert at en god, sammenhengende behandlingkjede gir bedre funksjon og reduserer negative konsekvenser av sykdom og behandling.

Regjeringen foreslår 13,7 mill. kroner til et prosjekt som vurderer behandlingsforløpet for disse pasientene og foreslår tiltak for å sikre faglig kvalitet i alle ledd av kjeden.

Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har arbeidet med å utvikle helhetlige behandlingsmodeller for pasientgruppen. Dette arbeidet gir viktig kunnskap for videre arbeid med å forbedre tilbudet til barn med hjerneskade i hele landet.

Sunnaas sykehus benyttes av flere helseregioner for institusjonsbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt behandling. Sykehuset har nylig etablert sengepost for barn, og det må avklares hvilken rolle sykehuset kan ha som behandlingsinstitusjon for barn med alvorlig ervervete hjerneskader hos barn opp til 18 år.

IKT som virkemiddel for helhetlige pasientforløp og brukerinvolvering

Det har de siste årene vært en stor utvikling på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. Samhandlingsreformen har vært en sentral driver i denne utviklingen. Med samhandlingsreformen økte behovet for god informasjonsflyt på tvers av tjenestenivåene og mellom virksomheter innenfor samme nivå. Ett av hovedmålene i reformen var at elektronisk kommunikasjon skal være den vanlige måten å kommunisere på. Dette har gitt resultater, og i dag har alle kommuner, sykehus og leger tatt i bruk elektroniske meldinger. I tillegg har nasjonale e-helseløsninger som e-resept og kjernejournal blitt etablert. E-resept gir brukerne bedre oversikt over egne resepter og helsepersonell har et bedre verktøy. Over 3 mill. innbyggere har medio 2016 fått kjernejournal som gir helsepersonell tilgang til relevant helseinformasjon i akuttsituasjoner. Den nye pasientjournalloven trådte i kraft 1. januar 2015, og åpner for nye muligheter til å dele og hente fram informasjon på mellom helsepersonell og virksomheter. Dette har gjort kommunikasjonen mellom nivåene bedre og enklere. God kommunikasjon mellom aktører i tjenestene er en forutsetning for gode habiliterings- og rehabiliteringsforløp. Brukere i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess har ofte tilbud fra mange aktører også utenom helse- og omsorgstjenesten. Det er viktig at kommunikasjon med og om brukeren kan gå via elektroniske meldinger. God og rask informasjonsutveksling er en betingelse for en sømløs og koordinert tjeneste.

Viktige grep er tatt for i større grad å samordne IKT-utviklingen, og dermed oppnå bedre informasjonsflyt og kommunikasjon mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. 1. januar 2016 ble Direktoratet for e-helse etablert. Direktoratet ble etablert for å styrke den nasjonale styringen og koordineringen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren.

Selv om det har vært god IKT-utvikling de siste årene, er det fortsatt behov for bedre IKT-systemer som støtter helhetlige pasientforløp. Det langsiktige målbildet er én innbygger – én journal i tråd med anbefalingene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet leverte i januar i år en anbefaling om framtidens helseinformasjonssystem. Én innbygger – én journal innebærer en utviklingsretning for en felles nasjonal løsning som gir en gjennomgående digital journalløsning for hele helse- og omsorgstjenesten. Realiseringen av dette målbildet er omfattende og utviklingen vil skje stegvis gjennom selvstendige prosjekter, men med en overordnet nasjonal styring. Første skritt på veien blir en regional utprøving i Helse Midt-Norge. Gjennom programmet Helseplattformen samarbeider sykehus og kommuner i helseregion Midt-Norge om anskaffelser av en helhetlig løsning for pasientjournal og pasientadministrasjon. Her blir det anledning til tidlig å teste ut samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig får Direktoratet for e-helse ansvar for å starte planleggingen av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgssektor, i tråd med anbefalingene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal. Arbeidet skal foregå i tett samarbeid med kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten, øvrige nasjonale fagmyndigheter og pasient- og brukerorganisasjoner.

Digitale tjenester gir nye muligheter for å involvere pasienter, brukere og innbyggere på en helt annen måte enn i dag, og bidrar til at hver enkelt i større grad kan være med å legge

premisser for sin egen behandling og oppfølging. Slike tjenester støtter opp om arbeidet med pasientens helsetjeneste. De siste årene er det etablert flere e-helseløsninger til innbyggerne. Den nasjonale helseportalen, helsenorge.no, har blitt en viktig informasjonskilde og kommunikasjonskanal for innbyggerne, og hver måned har portalen over en million besøk. Portalen gir i dag tilgang til kvalitetssikret informasjon og selvbetjeningstjenester som gir innsyn i egne helseopplysninger, slik som resepter og kjernejournal. Flere tjenester er under utvikling. Nå prøves bl.a. digital mellom innbygger og fastlege ut på utvalgte legekantor. Tilsvarende prosjekter pågår i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Alle innbyggere i helseregion Nord og Vest kan se sin sykehusjournal ved å logge seg på helsenorge.no. Elektronisk tilgang til egen pasientjournal gjør det enklere for pasienten å være delaktig i sin egen behandling og rehabilitering. I tillegg fører det til mer effektiv samhandling mellom helsepersonell og pasient noe som er viktig i en rehabiliteringsprosess med mange aktører involvert.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan gi mennesker bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan føle seg trygge og få økt aktivitetsnivå. Velferdsteknologi er et viktig virkemiddel i en rehabiliteringsprosess fordi ulike teknologiske løsninger kan gi brukeren bedre mulighet til å mestre funksjonsnedsettelse og bli mer selvhjulpne. I tillegg kan velferdsteknologi fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon, jf. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

Regjeringen vil utnytte mulighetene som ligger i nye teknologiske hjelpemidler som mobil helseteknologi, velferdsteknologi og dialogtjenester, og det er etablert et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Programmet bygger på samhandlingsreformens målsettinger om helsefremmende arbeid, forebyggende tjenester, tidlig innsats og om å yte tjenestene der folk bor. Velferdsteknologiprogrammet skal også bygge på kommunenes lokale forutsetninger og behov, og ivareta behovet for at velferdsteknologiske løsninger og tjenesteinnovasjon skal ses i sammenheng.

Gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet prøver mange kommuner ut teknologi for trygghet og mestring. Trygghetsteknologi som trygghetsalarm, elektroniske dørlåser, fallsensor og digitale medisindispensere er eksempler på teknologi som bidrar til at flere kan mestre livet i eget hjem. Teknologien gir også muligheter for å involvere og behandle pasienter på andre måter enn det tradisjonelle møtet med pasient og behandler. F.eks. kan pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, kols og psykiske lidelser få god hjelp via nettbrett og mobile sensorer. Slik kan pasienter og brukere med kroniske sykdommer følges opp fra eget hjem. Innbyggeren går fra å være en passiv pasient til å bli en aktiv pasient. Erfaringer så langt viser at anvendelse av velferdsteknologi er lønnsomt, og bidrar til å redusere belastningen for både brukere og helsepersonell.

Som en del av nasjonalt velferdsteknologiprogram jobbes det også med teknologisk støtte for barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Ordningen skal støtte barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier, slik at barn og unge enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter. Det skal bidra til å støtte opp under den enkeltes habiliterings- og rehabiliteringsprosesser. Tiltaket skal også bidra til at foreldre skal kunne kombinere arbeid med omsorg for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Flere kommuner er i gang med å kartlegge behov og prøve ut velferdsteknologi for denne målgruppen.

4.3 Kapasitet

Kapasitet i fysioterapitjenesten

Regjeringen varslet i Primærhelsetjenestemeldingen at det skal vurderes å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans. Formålet med tiltaket er å redusere ventetid for fysioterapibehandling. Før det blir aktuelt å innføre direkte tilgang må det komme på plass en forskrift som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet. Direkte tilgang til denne tjenesten fordrer at fysioterapeutene samhandler med fastlege og andre samarbeidspartnere på en annen måte enn i dag, inkludert elektronisk samhandling. For å få fortløpende i prosessen med elektronisk samhandling ble det i honoratarifforhandlingene våren 2016 gitt et betydelig økonomisk løft fra staten for å få fysioterapeutene til å kople seg til Norsk Helsenett.

Departementet tar sikte på å sende en forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på høring i løpet av 1. halvår 2017.

Regjeringen har sendt på høring et forslag om automatisering av egenandelstak 2 og forslag om å avvikle sykdomslisten i stønadsordningen til fysioterapi. Ordningen med fritak for enkelte sykdommer og diagnoser virker urimelig da mange sykdommer og diagnoser ikke er listet opp i forskriften. Videre er det ikke nødvendigvis sammenheng mellom diagnose og behov for behandling. En generell utgiftsdekning gjennom et egenandelstak for alle med høye utgifter er en riktigere og mer rettferdig ordning, som vil gi en riktigere bruk av den samlede kapasiteten i tjenesten. Regjeringen foreslår å redusere egenandelstak 2 fra dagens nivå på 2670 kroner per kalenderår til 1990 kroner. I tillegg foreslås det å heve aldersgrensen for fritak for egenandel for fysioterapibehandling for barn fra 12 til 16 år.

Lettere tilgang til logopeder

Tilgang til logopedtjenester er for mange pasienter helt nødvendig for å utvikle eller få tilbake nødvendig funksjoner. For enkelte pasientgrupper er det avgjørende med rask oppfølging hos logoped. Samtidig er det dokumentert at dette er et tjenestetilbud som er mangelfullt utbygd i mange av landets kommuner og fylkeskommuner. Det er finansielle og organisatoriske grunner til dette.

Tjenester som logopeder yter kan defineres inn under helselovgivningen og opplæringslovgivningen. Videre kan tjenestene ytes både i kommunal og fylkeskommunal regi, i regi av helseforetak og av privatpraktiserende logopeder finansiert av folketrygden.

De ulike måtene å finansiere og organisere tjenestetilbudet på har bidratt til uklare ansvarslinjer, underdimensjonering av tjenestetilbudet og at enkelte brukere og brukergrupper opplever å falle mellom to stoler. Sett i sammenheng med utviklingen som antas å øke behovet for logopedtjenester framover, er det grunn til å se nærmere på det totale tjenestetilbudet. Regjeringen vil starte opp et arbeid for tydeligere å definere roller og ansvar for logopedtjenester innen rehabiliterings- og habiliteringsfeltet. Dette arbeidet vil inkludere en gjennomgang av regelverket for refusjon til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger. Regelverket forvaltes av Helfo.

Regjeringen varsler allerede nå at den vil se nærmere på Helfo sine saksbehandlingsrutiner på dette stønadsområdet, for å effektivisere tid fra oppfølgingsbehovet er dokumentert til behandling hos logoped kan starte opp. Regjeringen vil bl.a. foreslå en forskriftsendring, og oppheve kravet om forhåndsgodkjenning fra Helfo før oppstart av behandling av pasienter over 18 år. Fra 1. januar 2017 trenger heller ikke pasienten eller logopeden å legge ved et avslag på tjenester fra kommunen for å kunne få forhåndsgodkjenning fra Helfo. Målsettingen med disse tiltakene er å sikre at pasienter kommer raskere til behandling hos logoped.

Tilgang til kiropraktorbehandling med refusjon fra folketrygden

Kiropraktorbehandling er et viktig rehabiliteringstiltak for mange brukere med muskel- og skjelettproblemer. Folketrygden yter stønad til behandling hos kiropraktor i medhold av folketrygdloven § 5-9 og tilhørende forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Det ytes i dag stønad for inntil 14 behandlinger per pasient per kalenderår. De fleste pasienter får langt færre behandlinger hos kiropraktor per kalenderår. Noen kan imidlertid ha behov for mer enn 14 behandlinger for å opprettholde funksjon, unngå sykmelding og fortsatt være helt eller delvis yrkesaktiv. For dem vil opphør av antallsbegrensningen være til hjelp. Å fjerne antallsbegrensningen vil også bety enklere saksbehandling og bedre kontroll for Helfo. Regjeringen tar derfor sikte på å fjerne antallsbegrensningen fra 1. januar 2017. Det vises til kap. 2755, post 73.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorgsplasser. Målgruppen for tilskuddet er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder og diagnose, bl.a. eldre, personer med langvarige somatiske sykdommer og personer med utviklingshemning og andre med nedsatt funksjonsevne og personer som har behov for øyeblikkelig hjelp eller rehabilitering. Det er imidlertid et krav om at alt som bygges skal tilpasses personer med demens.

Tilskuddet forvaltes av Husbanken. I perioden 2008 til utgangen av 2015 har Husbanken mottatt søknader om investeringstilskudd til totalt 12 501 heldøgns omsorgsplasser, innvilget tilskudd til totalt 12 292 heldøgns omsorgsplasser og utbetalt tilskudd til totalt 7694 ferdigstilte heldøgns omsorgsplasser.

Investeringstilskuddets innretning har endret seg siden ordningen kom inn på statsbudsjettet i 2008. I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen 1. januar 2012 ble ordningen også åpnet for kad-plasser (kommunale akutte døgnplasser). I november 2012 ble innretningen endret mht. normalisering og integrering: antall boenheter i et prosjekt skal ikke være for høyt, og boenhetene skal etableres i ordinære boområder.

Mange gamle og uhensiktsmessige institusjonsplasser og omsorgsboliger har blitt fornyet med investeringstilskudd gjennom renovering eller utskiftning siden 2008. Dette har bidratt til å heve kvaliteten på tilbudet i kommunene. I årene framover blir det viktig å få flere heldøgns omsorgsplasser for å møte den store økningen i antallet brukere som vil komme fram mot 2030. Regjeringen foreslår derfor å endre dagens investeringstilskudd, slik at det fra 2021 utelukkende gis investeringstilskudd til prosjekter som gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Det vises til kap. 761, post 63.

Ulike tilskudd til årsverk og styrking av kommunerammen

Brudd i forløpene for brukere som trenger habilitering eller rehabilitering skyldes ofte at kapasiteten i tilbudene er for lav, slik at det blir ventetid, eller at tilbud mangler. Regjeringens mange tilskudd til årsverk og til å etablere nye typer tilbud i kommunene er viktig for å bedre dette. Tilskuddene bidrar til å øke kapasiteten og kompetansen på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i kommunen.

Siden 2009 har det vært gitt tilskuddsmidler til kommuner som rekrutterer psykolog i helse- og omsorgstjenesten. I 2016 ble det bevilget 145 mill. kroner til formålet. Regjeringen vil innføre et krav i helse- og omsorgstjenesteloven om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i tjenesten. Kravet vil tidligst bli stillet fra 2020. Det er viktig at arbeid med psykisk helse inngår i en samlet rehabiliteringsprosess. Mennesker som opplever større funksjonstap vil kunne ha behov for psykologkompetanse for å mestre livet med nye utfordringer. Tap av fysisk funksjon kan være en risikofaktor for psykiske helseutfordringer. Regjeringen har over flere år gitt tilskudd til å prøve ut et lavterskel kommunalt behandlingstilbud til mennesker med lettere psykisk lidelse, kalt Rask psykisk helsehjelp. Evalueringen viser meget gode resultater. Det er for 2017 foreslått bevilget 18 mill. kroner. Det vises til kap. 765, post 60.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud for alle. Tjenesten har høy oppslutning i befolkningen. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten jobber først og fremst helsefremmende og forebyggende, men er også viktig for barn og familier der det ved fødselen er avdekket sykdom og/eller funksjonsnedsettelse, og for barn og familier når det blir reist spørsmål om utviklingsforstyrrelse på et senere tidspunkt. Tjenesten skal være flerfaglig for å møte brukerens behov. Mange kommuner har lokalisert barnefysioterapeut og ergoterapeut på helsestasjonen i kommunen, noe som gir barn med funksjonsnedsettelse en tverrfaglig vurdering og tidlig start på behandling og oppfølging.

Regjeringen har gjennom flere år satsset på å styrke kapasitet og kvalitet i tjenesten. I 2014 ble kommunenes frie inntekter økt med 180 mill. kroner begrunnet i behovet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2015 ble kommunerammen økt med ytterligere 270 mill. kroner og i 2016 med nye 200 mill. kroner med samme begrunnelse. I tillegg ble det

bevilget 100 mill. kroner til et øremerket tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jf. Innst. 11 S (2015–2016). Tilskuddsordningen har vært innrettet slik at kommuner som kan dokumentere at de har budsjettet med å benytte omlag 90 pst. av midlene i rammen til tjenesten kvalifiserer for å søke.

Det foreslås en ytterligere økning i kommunerammen i 2017 på 50 mill. kroner. Det gir en bevilgning på til sammen 734,4 mill. i 2017-kroner, begrunnet i behovet for å styrke denne tjenesten. I tillegg foreslås det å videreføre 101,3 mill. kroner til øremerket tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Det er gjennom flere år bevilget midler til en tilskuddsordningen til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer. I 2016 ble det bevilget 28,4 mill. kroner til denne ordningen, som vurderes som svært vellykket. Det vises til kap. 762, post 60.

Behandlingsreiser

Ordningen med behandlingsreiser til utlandet er en del av det offentlige rehabiliterings-tilbudet. Målsettingen med en behandlingsreise er at den skal bidra til bedret funksjon og livskvalitet, samt redusere symptomer forårsaket av sykdommen.

Behandlingsreiser til utlandet er i dag en tilskuddsordning med egen post på statsbudsjettet, kap. 733, post 70.

Ordningen administreres av Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Seksjon for behandlingsreiser. Seksjonen inngår kontrakter med behandlingsstedene i utlandet etter regelverket for offentlige anskaffelser og behandler søknader om behandlingsopphold.

Diagnosene som er omfattet av ordningen i dag er inflammatoriske revmatiske sykdommer, psoriasis, barn og unge med astma og lungesykdommer og barn med atopisk eksem og senskader etter poliomyelitt.

Seksjon for behandlingsreiser har utarbeidet retningslinjer for uttak til behandlingsreiser. Departementet mener imidlertid at kriteriene for tildeling av behandlingsreiser og saksbehandlingen bør reguleres i forskrift. Departementet vil derfor høsten 2016 sende på høring et forslag til forskrift om behandlingsreiser.

4.4 Kompetanse, fagutvikling og forskning

Den faglige omstillingen i arbeidsformer og tilbud som er nødvendig for å sikre gode rehabiliterende og habiliterende tjenester, og som innebærer målrettede og mer avanserte tjenester, krever endret og høyere kompetanse og forskningsbasert kunnskap. Det er behov for å økt forskning samt å øke andelen av personellet med helse- og sosialfaglig utdanning, skape større faglig bredde med flere faggrupper, etablere breddebaserte videreutdanninger på masternivå tilpasset de kommunale helse- og omsorgstjenestenes behov, samt å styrke lederkompetansen i tjenestene. Det er også behov for mer data om tilgang, bruk og effekt av de ulike tjenestene for å utvikle disse i tråd med behov og som grunnlag for forskning.

Kompetansekrav i lov

Rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende for å kunne yte nødvendige og forsvarlige tjenester, at visse kompetansekrav bør gå fram direkte i lov. I Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 6. juni 2016 om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen, har departementet derfor foreslått at det i helse- og omsorgstjenesteloven lovfestes de profesjoner som representerer den kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha knyttet til seg. Det foreslås her å lovfeste at alle kommuner fra 2018 som et minimum skal ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Fra 2020 foreslås det lovfestet at alle kommuner også skal ha knyttet til seg psykolog, ergoterapeut og tannlege. En slik tydeliggjøring og utvidelse av kommunens kompetansekrav vil også bidra til å gjøre kommunene i stand til å overta et større rehabiliteringsansvar.

En slik liste over kjernekompetanse fastsatt ved lov vil ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er omfattende, og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste vil innebære, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. En oppstilling av kjernekompetanse skal slik sett ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer ikke bare kommunens ytelse av helsetjenester, men også tjenester av sosialfaglig karakter som er nødvendig for at den enkelte så langt som mulig skal kunne leve sitt liv i samsvar med egne ønsker og behov, i samspill med familie, pårørende, sosiale og fysiske omgivelser. Selv om departementet i høringsnotatet ikke har foreslått å lovfeste krav om at kommunene skal ha knyttet til seg sosialfaglige profesjoner, vil tilgang på slik kompetanse være en forutsetning for at kommunene skal kunne tilby de tjenester som følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Når det i kommunereformen legges til grunn at kommunene over tid skal få større ansvar og flere oppgaver, særlig innen habilitering og rehabilitering, vil ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og annen sosialfaglig eller spesialpedagogisk kompetanse være avgjørende for å klare dette. Som tidligere påpekt er også ernæringskompetanse viktig i mange former for habilitering og rehabilitering.

Kompetanseløft 2020

Regjeringen har utviklet en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Gjennom Kompetanseløft 2020 vil kommunene oppfordres til å sette de samlede kompetanseutfordringene på dagsorden i den helhetlige kommunale planleggingen. De samlede utfordringene i

kommunen må svares ut med mer tverrfaglighet og på flere nivåer, slik det går fram av de samlede strategiene på Kompetanseløft 2020. Se nærmere omtale av Kompetanseløft 2020 i innledningen av kap. 761. Gjennom Kompetanseløftet 2020 er det satt i verk flere tiltak som skal bidra til å øke kompetansen i tjenestene generelt og innenfor rehabilitering og habilitering spesielt. Gjennom et kommunalt innovasjons- og kompetansetilskudd kan kommunene søke på midler til grunn-, videre- og etterutdanning og til nybrotts- og utviklingsarbeid bl.a. for å bedre forebygging, aktivitet, egenmestring og rehabilitering. Se nærmere omtale på kap. 761, post 68. Det finnes en rekke videreutdanninger av ulik lengde og på ulikt nivå for helse- og sosialpersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil vurdere om dagens videreutdanninger møter det reelle behovet i tjenesten. Ny organisering i team vil kunne føre til at ulike personellgrupper kan få nye oppgaver og roller. For å fylle disse rollene er det behov for økt klinisk kompetanse, for noen på masternivå.

Videreutdanning i avansert klinisk sykepleie er et sentralt satsingsområde i Primærhelse-tjenestemeldingen og inngår i Kompetanseløft 2020. Formålet med lønntilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie rettet mot behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet med ordningen er å styrke forebyggings-, rehabiliterings-, behandlings- og omsorgstilbudet til innbyggere som er i ferd med å utvikle eller som har utviklet kroniske, sammensatte og/eller kompliserte sykdomstilstander som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Målgruppen er sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Se nærmere omtale under kap. 762, post 63.

Offentlig spesialistgodkjenning gis til bestemte grupper av helsepersonell som har gjennomført en videreutdanning på et gitt nivå, og som har en selvstendig yrkesrolle. Regjeringen ønsker personell med bred klinisk kompetanse i kommunene som kan ivareta brukere med sammensatte behov på en bedre måte enn i dag. Stor bredde i kompetansen hos personellet er viktig for å møte behovene til de mange brukerne med flere og sammensatte problemer og for å skape mer helhetlige tjenester til det beste for brukerne. Regjeringen vurderer å bruke offentlig spesialistgodkjenning som virkemiddel for å stimulere en utvikling i denne retningen. Det vises til Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

En klinisk videreutdanning på masternivå vil gi personellet mulighet til å utføre nye oppgaver. For at dette skal utnyttes på en mest mulig effektiv måte, er det nødvendig å vurdere om nye profesjoner skal få utvidete rettigheter. Mange oppgaver kan overføres uten endringer i regelverket, mens andre oppgaver krever en grundigere gjennomgang. Utvidede rettigheter for enkelte profesjonsgrupper vil kunne bidra til en mer effektiv ressursutnyttelse av kompetansen til personellet og gi brukerne bedre og mer helhetlige tjenester. Allmennleger ivaretar legeoppgaver innen mange deltjenester i kommunen. Om lag 57 pst. av landets fastleger er spesialister i allmennmedisin. De senere årene har andelen vært synkende. Spesialistene i allmennmedisin utgjør den medisinskfaglige spisskompetansen i kommunen. En heving av kompetansen hos allmennlegene vil bidra til økt kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og komme brukere med sammensatte

behov til gode. Det tas sikte på å innføre et krav om at alle leger som jobber klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, enten er spesialister i allmenntidrett eller er under spesialisering. Kravet planlegges innført fra 1. januar 2017. Det vises til nærmere omtale under kap. 762.

Lederutdanning

God ledelse er avgjørende for utviklingen av gode tjenester, faglig utvikling og innovasjon, også innenfor rehabiliterende og habiliterende tjenester. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten hadde oppstart høsten 2015 og omfatter den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er stor søkning til utdanningen, og tilbakemeldinger fra ledere i det første kullet tyder på at den gir metoder og verktøy som lederne tar i bruk i eget arbeid.

Gjensidig veiledning og kompetansedeling

Grenseflaten mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er en viktig arena for faglig dialog, ledelse og videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene. Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil i mange situasjoner ha ulik erfaring og kompetanse som det kan være verdifullt for den andre tjenesten å ha innsikt i. Veiledning og kompetansedeling er verktøy som kan bidra til kompetansebygging og bedre samhandling mellom nivåene.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har etter loven veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har per i dag ingen tilsvarende veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. I ovennevnte høringsnotat om oppfølging av forslag fra Primærhelsemeldingen og Oppgavemeldingen, har departementet derfor foreslått å endre helse- og omsorgstjenesteloven, slik at kommunene også får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. En slik lovfesting vil likestille de to nivåene i lovverket og synliggjøre at kompetansen i kommunen verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenesten.

Erfaringsmessig er det en stor fordel for begge nivåer dersom veiledningsplikten settes i system og planlegges. Arenaer for kompetansedeling og erfaringsutveksling bør formaliseres. En slik arena kan være kollegagrupper mellom leger i spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten i kommunene. Slike kollegagrupper bør være en regelmessig hendelse, som tar opp ulike temaer knyttet til bl.a. faglige retningslinjer, henvisningspraksis, legemiddelforskrivning og behandling og oppfølging av ulike pasientgrupper. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utforme et forslag til opplegg for gjennomføring av slike kollegagrupper.

Pasientopplæring, friskliv, læring og mestring

Kommunene har allerede i dag har en plikt til å sørge for nødvendig pasient- og brukeropplæring, enten ved at kommunene som sådan er pålagt oppgaver som innebærer slik opplæring eller ved at kommunalt ansatte eller personell med avtale om å yte tjenester på vegne av kommunen, gjennom sin yrkesutøvelse er pålagt å gi slik opplæring.

Kommunen er ansvarlig for at pasienter og brukere får det de har krav på etter helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, dvs. nødvendige helse- og omsorgstjenester av forsvarlig karakter. Kommunen må da også sørge for at når helse- og omsorgspersonell yter tjenester som kommunene etter loven er pålagt å sørge for, så må kommunene også sørge for at personellet gir tilstrekkelig opplæring til pasient/bruker dersom dette er en forutsetning for å yte forsvarlige tjenester.

For ytterligere å presisere kommunens plikt til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere eller pårørende, har imidlertid departementet i ovennevnte høringsnotat foreslått å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestelovens formålsbestemmelse slik at opplæring går fram som et sentralt og selvstendig formål med loven.

Frisklivstilbud inneholder tradisjonelt tilbud om hjelp til å endre levevaner med hjelp til fysisk aktivitet, kostholdsending og røyksslutt. Opprettelsen av frisklivssentraler må sees på som en del av kommunenes samlede tilbud om opplæring og mestring. I dag har over 50 pst. av kommunene opprettet slikt tilbud. Helse- og omsorgsdepartementet har over flere år ytt tilskudd til dette. Fra 2013 ble det også etablert en tilskuddsordning til kommunale oppfølgingstilbud i kommuner for brukere med kronisk sykdom. Tilskuddene er senere slått sammen til et samlet tilskudd til etablering av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Mange kommuner har nå et differensiert tilbud til store brukergrupper som sliter med å mestre livet med sykdom. Fastleger, annet helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten kan henvise til disse tilbudene. For fastlegene gjelder dette uavhengig av om de kan få refusjon i form av grønn resept. Brukeren kan også henvende seg direkte til frisklivs-, lærings- og mestringstilbudet uten henvisning.

Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp, ikke bare til å endre levevaner, men til å mestre livet med sykdom. Disse leve-med-tilbudene er ikke et alternativ til de diagnosespesifikke opplæringstilbudene i spesialisthelsetjenesten. Her må kommunene spille på lag med brukerorganisasjonene og andre. Helse- og omsorgsdepartementet vil endre regelverket slik at det stilles krav om medvirkning fra brukerorganisasjonene for å yte tilskudd, både til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, jf. omtale under kap. 762, post 60.

Pasient- og pårørendeopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver og en viktig del av pasientbehandlingen. Opplæringen skal legge til rette for pasientenes aktive deltakelse i egen behandling og rehabilitering der målet er mestring. Informasjon, veiledning, læring og mestring er sentralt i pasientforløpet til rehabiliteringspasienter.

Hovedansvaret for pasientopplæringen ligger i sykehusenes kliniske enheter, men sykehusene har lærings- og mestringssentre som bistår og veileder fagpersoner i arbeidet, og gjennomfører kurs og annen opplæring for å hjelpe pasientene til å opprettholde funksjonsevne og være selvhjulpne. Pasienter og pårørende er med i planlegging og gjennomføring av opplæringen, og deres erfaringer med å leve med sykdom/funksjonsnedsettelse anvendes i læringsprosessene.

Data om tjenestenes innhold, kvalitet og effekter av behandlingstiltak

Det er ønskelig med bedre data og statistikk innen fagområdene habilitering og rehabilitering som grunnlag for forskning og analyse. Det er svakt kunnskapsgrunnlag om tilgjengelighet, volum, geografiske variasjoner i omfang og sammensetning av aktiviteten på fagområdene. Samdata ga i 2015 ut den første rapporten for spesialisthelsetjenesten som også omfatter habiliteringsaktiviteten. I primærhelsetjenesten er det generell mangel på data, og det er svak kvalitet på tallene som finnes. Det er også mangelfull kunnskap og data om kvaliteten på og effekten av ulike behandlingstiltak, spesielt sett i et helhetlig pasientforløpsperspektiv. Kvalitetsregistre er et viktig virkemiddel for økt kunnskap om effekt av ulike behandlingstiltak. Det er også behov for å utvikle resultatindikatorer for kvalitetsmåling innen habilitering og rehabilitering. Innenfor omsorgssektoren er det utviklet flere kvalitetsindikatorer de senere årene, bl.a. mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet eller institusjon med individuell plan (IP). Iplos (individuell pleie og omsorgsregister) gir informasjon om brukeres funksjonsnivå og tjenesteforbruk, og bidrar med avgjørende kunnskap for utviklingen av de kommunale omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet arbeider med å forbedre rapportering og datakvalitet, og utarbeide indikatorer for i framtida å ha kunnskap om aktivitet og kvalitet innen fagområdene både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Etablering av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er også viktig for å bedre datagrunnlaget.

Forskning og innovasjon

Forskning er et sentralt virkemiddel for å kunne levere kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester, herunder rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Forskning er også en av forutsetningene for høy kvalitet på utdanningen av helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer derfor forskning både gjennom de regionale helseforetakene og til ulike programmer i Norges forskningsråd (Forskningsrådet). Disse midlene er konkurranseutsatt på regionalt og nasjonalt nivå og forskningsmiljøer innenfor rehabilitering og habilitering kan under gitte forutsetninger søke på disse.

De nye helseprogrammene i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet (Bedre Helse), God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling) og Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (Helsevel) har alle et sterkere fokus enn tidligere på å styrke forskningskompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på dette området. Programmene i Forskningsrådet understøtter også oppbygging av forskningsmiljøer og etablering av forskernettverk. Rehabilitering er løftet høyt opp i programplan God Behandling, hvor det også er en egen utlysning på forskning innen rehabilitering i 2016. Gjennom Helsevel finansieres Forskningscenter for rehabilitering- og rehabiliteringstjenester ved Universitetet i Oslo (Charm) som ble etablert i 2011. Helsevel skal understøtte behov for økt kunnskap om organisering av tjenestetilbudet, nye arbeidsformer og utvikling av nye innovative løsninger for tjenesteleveranser, og er derfor et program som vil kunne bidra til kunnskapsutvikling og forskning rettet inn mot kunnskapsbehovene innenfor rehabilitering.

Alle helseforetak har en lovpålagt oppgave knyttet til forskning og får gjennom statsbudsjettet øremerkede midler til dette. Forskningen er tett knyttet til pasientbehandling og utvikling av nye behandlingstilbud, og er en forutsetning for at pasienter skal kunne motta en kunnskapsbasert helsetjeneste av høy kvalitet. Helseforetakene er en viktig aktør innenfor forskning på rehabiliterings- og habiliteringsfeltet, med Sunnaas sykehus under Helse Sør-Øst i en sentral rolle. Sunnaas sykehus er landets største spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Forskning og undervisning er en sentral del av foretakets virksomhet. Sunnaas sykehus HF har egen forskningsavdeling. Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten rettet inn mot habilitering og rehabilitering har et særskilt ansvar for forskning, kompetansespredning og veiledning innenfor sine fagområder.

Det er etablert fire allmenntilleggs medisinske forskningsenheter. I 2016 ble det bevilget 16,5 mill. kroner til disse, jf. kap. 762, post 70. Bevilgingen foreslås videreført. For flere av profesjonsforeningene settes det av betydelige beløp årlig til forskning. Norsk Kiropraktorforbund har gitt tilskudd til flere doktorgradsprosjekter på muskel- og skjelettområdet. Det bevilges i tillegg 1 mill. kroner på kap. 762, post 70, til forskning innen kiropraktikk. Fysioterapeutenes fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter har over en seks-årsperiode bevilget om lag 60 mill. kroner til et stort prosjekt kalt Fysioprim rettet mot forskning i primærhelsetjenesten.

Som ledd i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste har Helse- og omsorgsdepartementet lagt sterke føringer om at brukermedvirkning skal være hovedregelen for den forskning som finansieres med midler fra departementet i Forskningsrådet og de regionale helseforetakene. Grunnen er at brukeres deltakelse i forskningsprosessen i større grad vil reflektere brukernes opplevelser og med større sikkerhet gi ny kunnskap som kan komme til nytte i tjenesten. Brukermedvirkning i forskning kan bestå av identifisering av forskningstema, prioritering av forskningstema, direkte deltakelse i forskningsprosjekter, vurdering og tildeling av forskningsmidler og formidling av resultater fra forskningsprosjekter. For departementet er det viktig at forskningen er nyttig for sluttbrukeren. Departementet har derfor lagt klare føringer for både Forskningsrådet og de regionale helseforetakene om at nytte skal vurderes sammen med kvalitet i søknadsbehandlingen.

Fra 2015 er det også innført et nytt virkemiddel kalt behovsidentifisert forskning som skal bidra til å identifisere, prioritere og utforme problemstillinger basert på systematisk innhenting av kunnskap og involvering av brukere og andre aktører. Virkemidlet skal brukes på utvalgte temaer i Forskningsrådets nye helseprogrammer, og programmet for klinisk behandlingssforskning i de regionale helseforetakene, og kan også omfatte rehabilitering.

4.5 Arbeid og helse

Om lag 60 pst. av befolkningen er i yrkesaktiv alder. Nedsatt funksjonsevne kan gi varig eller midlertidig reduksjon i arbeidsevnen som fører til lavere arbeidsdeltagelse og inntektsnivå for den enkelte og samfunnet. Ett av hovedmålene for denne regjeringen er å legge til rette for at mennesker kan leve meningsfulle liv selv om de har alvorlig sykdom

og funksjonsnedsettelse. Brukernes egne erfaringer og ønsker er utgangspunktet for å skape et godt liv og for å utvikle gode tjenester. Regjeringen vil legge til rette for egenmestring, og ønsker å spille på lag med alle gode krefter i helse- og omsorgstjenestene, og kommunesektoren for øvrig, i arbeidslivet og i brukerorganisasjoner. Det er et mål å styrke brukernes muligheter for å opprettholde funksjonsnivå så lenge som mulig. Arbeidslivet må da også tilrettelegges slik at mennesker med sykdom eller funksjonsnedsettelser kan delta på lik linje med andre. Det er ønskelig ikke bare for å oppnå likebehandling og inkludering, men ny kunnskap om og forståelse av arbeidets betydning for helsen. Før trodde man at man kunne og burde hvile seg frisk. Nå viser forskningen med all tydelighet at deltakelse i arbeidslivet gir bedre helse og bidrar til raskere rehabilitering. Regjeringen vil derfor vektlegge aktivitet, deltakelse, arbeid og mestring som helt sentrale elementer i utviklingen av framtidens habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Et godt samarbeid mellom arbeidslivet, Nav og helse- og omsorgstjenestene er en forutsetning.

Forskning viser at arbeid ofte gir bedre helse, men arbeidsrettet aktivitet kommer ofte sent i behandlingsløpet eller etter at behandlingen er sluttført. Samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand der dette er mulig gir raskere overgang til arbeid enn sekvensiell bruk av behandling og arbeidsrettet bistand. Ekspertgruppen som har gjennomgått arbeids- og velferdsforvaltningen mener at en i større grad må sikre samtidighet i bruk av behandling og arbeidsrettede tiltak. Ekspertgruppen peker på at det er utfordringer knyttet til uklare ansvarsforhold, manglende koordinering og samarbeid mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsesektoren.

Regjeringen ønsker å videreutvikle velfungerende tiltak og samordne innsatsen fra arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenesten bedre. Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for bedre samarbeid, bl.a. med sikte på mer samtidighet i tjenestetilbudet fra Nav og helsesektoren, med mål om at personer med helseproblemer skal kunne fortsette i, eller komme raskere i arbeid.

Avklarte roller og ansvarsforhold mellom helsetjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen er viktig for å kunne samarbeide målrettet. Som en hovedregel bør tjenester som i hovedsak er å anse som helsetjenester forankres i helsetjenesten. Tjenester som i hovedsak er å anse som arbeidsrettede tjenester bør være Nav sitt ansvar. Nav og helsetjenesten har tjenester i ordningen med Raskere tilbake som er delvis overlappende. Dette gir et uoversiktlig tilbud for brukerne og saksbehandlere i Nav. Regjeringen foreslår derfor endringer som bidrar til forenkling og en tydeligere ansvars- og rolledeling mellom helsesektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen jf. omtalen av Raskere tilbake under.

Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016) viderefører og videreutvikler innsatsen i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012). Oppfølgingsplanen slutføres i 2016, og det tas sikte på at tiltak som har vist seg å ha effekt implementeres i ordinær drift.

Raskere tilbake

Ordningen Raskere tilbake ble opprettet på bakgrunn av Stoltenberg-utvalget (2006). Formålet med ordningen er å bringe personer som mottar sykepenger raskere tilbake til

arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet. Den omfatter både helse- og rehabiliteringstjenester gjennom de regionale helseforetakene og tjenester i regi av Nav. Innenfor ordningen tilbyr helseforetakene ulike behandlingstjenester rettet mot sykemeldte, delvis sykemeldte eller personer som står i fare for å bli sykemeldte med muskel- og skjelettplager, psykiske lidelser eller behov for rehabilitering og ortopediske tjenester. Nav tilbyr arbeidsrettet rehabilitering, avklaring, oppfølging og behandlingstilbud.

Det har vist seg vanskelig å måle effekter av selve ordningen på sykefravær og tilbakeføring til arbeidsliv. Samtidig har enkeltevalueringer på helsesiden vist at Raskere tilbake-tiltak gir positive resultater. Pasienter som henvises til denne ordningen skal ikke rettighetsvurderes da Raskere tilbake er finansiert og organisert annerledes enn andre tjenester i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil på denne bakgrunn legge om ordningen slik at nåværende midler i større grad inngår i det ordinære pasienttilbudet, samtidig som de positive elementene i ordningen videreføres. Målet med en slik omlegging er også mer likeverdige tjenestetilbud. Arbeids- og sosialdepartementet vil som ledd i omleggingen av ordningen, omdisponere sin andel av midlene til ordinært tiltaksbudsjett. Dette skal gi mulighet for mer fleksibel bruk av midlene og vil gi sykemeldte tilgang til arbeidsmarkedstiltak de i dag ikke har.

Nav og Helsedirektoratet samarbeider tett for at brukerne og pasientene i større grad skal oppleve å få helhetlige og koordinerte pasientforløp, heller enn sekvensielle tiltak. En strategi om arbeid og helse som direktoratene samarbeider om, skal stimulere ytterligere til dette. Gjennom dette strategiarbeidet vil direktoratene stimulere til mer samtidige tilbud av helsetjenester og arbeidsrettet bistand.

Innenfor Raskere tilbake-ordningen tildeler Nav midler til arbeidsrettet rehabilitering – døgntilbud, lettere psykiske lidelser og sammensatte lidelser som må anses som helsetjenester. Som en hovedregel bør tjenester som er å anse som helsetjenester forankres i helsetjenesten, og tilsvarende bør tjenester som er å anse som arbeidsrettede tjenester være Nav sitt ansvar. Regjeringen foreslår derfor fra 2017 å overføre disse midlene, i alt 57 mill. kroner, fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Disse midlene vil bli målrettet mot arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i denne opptrappingsplanen og slik bidra til å understøtte regjeringens mål om å styrke arbeidsrettet rehabilitering. Tilhørende disse midlene følger det allerede inngåtte avtaler innenfor arbeidsrettet rehabilitering, lettere psykiske lidelser og sammensatte lidelser som de regionale helseforetakene (RHFene) vil overta fra Nav fra 2017.

Midlene vil gradvis stilles til disposisjon for spesialisthelsetjenesten, og det legges opp til at RHFene vil bli bedt om å bruke midlene til arbeidsrettet rehabilitering. Konkret vil departementet be de regionale foretakene om å benytte midlene til tiltak i spesialisthelsetjenesten som bidrar til å understøtte mål og tiltak i opptrappingsplanen, så som helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp, tiltak der samarbeid med kommunene er en integrert del av virksomheten og til styrking av spesialisthelsetjenestens veiledning overfor kommunene.

0–24-samarbeidet

For å styrke arbeidet kommunene og fylkeskommunene gjør med utsatte barn og unge under 24 år, har Kunnskapsdepartementet etablert en felles satsing i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, kalt 0–24 samarbeidet. Målet er at bedre tverrsektoriell samhandling, både på nasjonalt nivå og lokalt, skal bidra til at flere utsatte barn og unge gjennomfører videregående opplæring og at utenforskap motvirkes. Arbeidet er etablert i direktoratene som et femårig program (2015–2020). Utdanningsdirektoratet koordinerer og leder arbeidet med programmet i direktoratene. Med utsatte menes barn og unge med høy risiko for å utvikle problemer som kan lede til manglende kompetanseoppnåelse i skolen og framtidig marginalisering fra utdanning og arbeidsliv. Dette gjelder spesielt barn og unge utsatt for flere eller alvorlige risikofaktorer. Eksempler på risikofaktorer er levekårsutfordringer, psykososiale vansker, helseutfordringer, vanskelig hjemmesituasjon og språkutfordringer.

Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet

Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon 10/2016

